UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949. — N° 24

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DE LA MUQUEUSE BUCCALE

REVUE GÉNÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 décembre 1948

PAR

Georges-Claude LESCA

Né à LA TESTE-DE-BUCH (Gironde), le 3 février 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. JOULIA, professeur ..... *Président.*

SIGALAS, professeur .....

DUBECQ, professeur ..... *Juges.*

LE COULANT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948-1949. — N° 24

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

DE LA

MUQUEUSE BUCCALE

REVUE GÉNÉRALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 décembre 1948

PAR

Georges-Claude LESCA

Né à LA TESTE-DE-BUCH (Gironde), le 3 février 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. JOULIA, professeur ..... *Président.*

SIGALAS, professeur .....

DUBECQ, professeur ..... *Juges.*

LE COULANT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	MASSÉ.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie.	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

M. GIRARD.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie); MESNARD (Pharmacie).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N...	Chimie biologique	TAYEAU.
Physiologie	N.	Obstétrique	N.
Médecine générale	BROUSTET.	id.	MAHON.
id.	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	BERGOUIGNAN.	Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.	Physique médicale	N...
Chirurgie générale	N...	Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
id.	MAGENDIE.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
id.	POUYANNE.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LAUMONIER.	Méd. légale et méd. du travail.	L'ÉPÉE.
id.	CHAVANNAZ.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
		Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	N...	Botanique	GIRARD.
Accouchements	N...	Cryptogamie	GIRARD.
Puériculture	PERY.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	N.
Anatomie	RIGAUD.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Chimie minérale	N.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MERE — A MON PERE

Bien modeste témoignage de ma profonde reconnaissance, de mon affection et de mon estime.

A MA COMPAGNE

Dont le grand courage, l'affection et la gaieté nous ont permis de traverser la rude épreuve de ces dernières années.

A MES ENFANTS

Qui ont donné son véritable sens à notre vie et que nous aimons tant.

A MA SŒUR — A MON FRERE

Bien affectueusement.

A NOTRE SECONDE FAMILLE DE VALEYRAC

A laquellle nous ne pourrons jamais rendre ce qu'elle a fait pour nous. Notre entière affection.

A MES DEUX AMIS
GERMAIN DIGNEAUX et PIERRE CHANCLU

Que notre amitié soit toujours aussi sincère et que la vie ne fasse que la resserrer.

A MES DEUX AINES
LE DOCTEUR A. LAVIGNOLLES et LE DOCTEUR P. FREOUR

Qui nous ont si vivement intéressé à la médecine lors de nos premiers pas et qui nous ont toujours si gentiment épaulé quand nous avons eu besoin d'eux.

A MES CAMARADES DE COMBAT FRANÇAIS ET ETRANGERS

En souvenir des bons et des mauvais moments, en reconnaissance de leur confiance et de leur affection.

A MES CAMARADES D'ETUDES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Professeur agrégé P. LE COULANT

Médecin dermato-vénérologiste des Hôpitaux.

Votre compréhension et votre bienveillance, connues de tous; la peine que vous avez dépensée pour nous et l'immense service que vous nous avez rendu sont autant de raisons à notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur H. MANDOUL

Professeur honoraire de Zoologie et de Parasitologie,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Commandeur du Nicham-Iftikhar.

Affectueuse reconnaissance pour tout ce que nous vous devons, et pieux souvenir de notre grande amie.

A Monsieur le Professeur X.-J. DUBECQ

Professeur de Clinique odonto-stomatologique,
Docteur ès sciences,
Officier de l'Instruction publique.

Nous vous demandons pardon de notre défection involontaire et vous prions de vouloir bien être assuré de notre profonde reconnaissance et de notre sincère dévouement.

A Monsieur le Professeur R. SIGALAS

Professeur de Zoologie et de Parasitologie,
Directeur honoraire de la station biologique d'Arcachon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il nous soit permis de vous remercier de l'affectueuse bienveillance que vous nous avez toujours témoignée, et de vous assurer de notre très sincère reconnaissance.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques,
Officier d'Académie.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse et nous n'oublierons pas l'accueil que nous avons toujours trouvé dans votre service.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536518_0075

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

DE LA

MUQUEUSE BUCCALE

REVUE GÉNÉRALE

INTRODUCTION

Le stomatologiste, au cours des examens endo-buccaux qu'il pratique constamment, découvre souvent des lésions d'une grande similitude d'aspect, mais la plupart du temps d'étiologie et de pronostic différents.

Parmi les lésions de la muqueuse buccale, il est un groupe, celui des « leucoses », dont le diagnostic différentiel est pratiquement impossible à la seule vue des atteintes locales, sans contexte clinique, ou sans aide du laboratoire (réactions biologiques, biopsies); ce sont les plaques muqueuses opalines de la syphilis, les figures en feuilles de fougère d'un blanc brillant du lichen plan, les plaques dures et nacrées de la leucoplasie, l'enduit blanchâtre du muguet et les lésions polymorphes du lupus érythémateux.

Nous n'avons pas l'intention d'envisager toutes ces leucoses, mais seulement de limiter notre sujet à l'étude de l'une d'entre elles, la moins fréquente, le lupus érythémateux.

Après l'historique, rappelant les différentes idées sur la fréquence de sa localisation buccale, nous en ferons une étude clinique détaillée, en décrivant ses différentes formes, ses variations selon la partie intéressée de la muqueuse, ses associations et ses complications. Après une étude histologique aussi minutieuse que possible, nous ferons un long chapitre de diagnostic, qui permettra d'avoir une vue d'ensemble de toutes ces manifestations de la muqueuse buccale. Un exposé des différentes théories étiologiques, des traitements et la bibliographie termineront ce modeste travail.

HISTORIQUE

C'est dans le *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, de Rayer, en 1827, que nous trouvons la première description du lupus érythémateux sous le nom de « flux sébacé ». Un an plus tard, Biett distingue deux formes, « la dartre rongeante, qui détruit en surface », correspondant à notre lupus érythémateux fixe, et « l'érythème centrifuge », correspondant à notre lupus érythémateux centrifuge. En 1851, Cazenave y voit une variété de lupus et l'appelle « lupus érythémateux ». C'est ce nom qui prévaut aujourd'hui. La forme généralisée sera décrite par Kaposi en 1872. Bazin le premier, en 1861, signale sa localisation à la muqueuse buccale. C'est à partir de ce moment-là que les dermatologistes la rechercheront chez les malades atteints de lésions cutanées, et ils la considéreront comme très rare.

Hebra, Homolle, Duhring, Neumann, Ziemsen, Hutchinson, Brocq, Thieberge, Gaucher, Malcon Morris, Marcel Sée, Cros, Hallopeau et Leredde constatent l'extension de lésions de la face à la muqueuse des lèvres. Pendant cette même période, Liveing, Renouard, Schœmaker, Vidal et Lang voient des lupus érythémateux de la face muqueuse des joues; Neumann, Fox, Kaposi, Radcliffe Crocker, de la muqueuse du palais; Balzer, de toute la muqueuse buccale, qui ne sont pas des extensions de lésions cutanées.

Allen, en 1898, publie la première observation de lupus érythémateux de la langue, dont Liveing avait signalé la possibilité. Capelle, dans sa thèse sur le lupus érythémateux des muqueuses, insiste sur la plus grande fréquence des lésions par extension, mais indique des lésions des lèvres comme point de départ, et même sans extension à la face.

En 1901, W. Dubreuilh, contrairement aux auteurs précédents, pense que le lupus érythémateux de la muqueuse buccale n'est pas une rareté, mais qu'il est souvent méconnu parce que les muqueuses ne sont pas examinées avec assez de soin et systématiquement, alors que les atteintes des lèvres sautent aux yeux. Il insiste beaucoup sur la grande difficulté du diagnostic du lupus érythémateux de la langue sans lésions cutanées.

Dès lors, le lupus érythémateux de la muqueuse buccale, recherché par les spécialistes, sera considéré comme moins rare. Galloway voit des plaques palatines; Arndt, en 1904, Balzer et Galup, en 1907, publient des cas de lupus érythémateux isolés de la lèvre sans aucune atteinte cutanée; en 1907, Brocq nous dit que le lupus érythémateux fixe peut se voir sur la muqueuse buccale, et, si la langue est seule touchée, son diagnostic est impossible; le lupus érythémateux centrifuge ne se localise qu'à la lèvre, et par extension seulement. Otto Kren, Smith, Pautrier et Fage, de Beurmann et Laroche publient eux aussi des lupus érythémateux de la muqueuse buccale.

En 1909, Dubreuilh et Petges, dans les *Annales dermatologiques*, à propos de « l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux », citent l'observation de Kreibich en 1900 d'un épithélioma développé aux dépens de la muqueuse de la lèvre supérieure sur cicatrice érythémato-lupique.

Sainz de Aja est de l'avis de Dubreuilh et pense que la localisation à la muqueuse buccale est souvent méconnue, car indolente, et qu'elle évoque presque toujours l'aspect de syphilides. Haslund, Bilinski, Gerstein, Armuzzi et Bechet enrichissent la littérature de nouveaux cas de lupus érythémateux isolés de la lèvre; Finnerud signale un cas diffus de la muqueuse des joues au cours d'un lupus érythémateux généralisé. Darier ne fait que le signaler dans son *Précis de dermatologie*, et Kani, dans sa thèse sur le traitement du lupus érythémateux, rapporte seulement deux cas sur 54 de lupus érythémateux qu'il a observés, et il souligne la lenteur

avec laquelle ces lésions muqueuses obéissent au traitement bismuthique. Les publications se multiplient avec Pautrier, Civatte, qui insistent sur l'étiologie, Radaelli, Semon, Kenzo Iwashita, Winsiffer, et avec Rousset et Delbos.

En 1932 apparaissent d'importants travaux sur la transformation épithéliomateuse des cicatrices spontanées de lupus érythémateux de la muqueuse des lèvres : Tischenko décrit cette redoutable complication chez un sujet jeune. Mlle A. Ullmon, Graham Little, publient d'autres cas. Deux ans plus tard, Hulmann et Schambye pensent que le traitement du lupus érythémateux par les rayons X ne favorise pas cette transformation maligne.

En 1934, J. Nicolas et J. Gate, dans leur livre *Tuberculose cutanée et tuberculides;* en 1935, Pautrier, dans *Nouvelle pratique dermatologique*, consacrent d'importants chapitres à l'étude du lupus érythémateux de la muqueuse buccale.

Folpmers, en 1937, étudiant les phases de développement du lupus érythémateux des muqueuses, pense qu'elles sont les mêmes que celles du lupus érythémateux de la peau. Puente pense qu'il se localise le plus volontiers aux régions où il existe un retard physiologique au retour de la circulation sanguine.

La même année, P. Le Coulant publie un épithélioma se développant sur un lupus érythémateux de la lèvre chez un homme porteur d'une lésion de la langue. Du même auteur, on trouve relaté en 1948, dans les *Annales dermatologiques*, un nouveau cas sur un lupus érythémateux vierge de tout traitement irritant. Channarond consacre sa thèse au même sujet et insiste sur cette redoutable complication.

En 1936, Degos, Delort, Garnier et Alhome rapportent dans les *Annales dermatologiques* l'observation de lésions érosives de la muqueuse palatine au cours d'une forme généralisée de lupus érythémateux.

Dans les livres classiques récents de stomatologie : *Pratique stomatologique*, par Rousseau-Decelle et Raison; *Précis de stomatologie*, par Dechaume; *Encyclopédie médico-chi-*

rurgicale, par Ch. Ruppe, nous ne trouvons qu'une description sommaire du lupus érythémateux de la muqueuse buccale, et la rareté de ces atteintes y est soulignée, ainsi que la difficulté de leur diagnostic.

Les cloisons étanches qui existent malheureusement entre les différentes spécialités de la médecine expliquent que cette affection bien connue des dermatologistes ne soit que signalée par les stomatologistes. C'est une des raisons pour lesquelles il nous a paru intéressant de condenser toutes les notions se rapportant au lupus érythémateux. Ainsi le stomatologiste pourra y trouver l'essentiel de la question, de même que des références bibliographiques facilitant son travail au cas où il voudrait en faire une étude plus poussée.

En résumé, nous voyons que, jusqu'à la communication de Bazin, le lupus érythémateux de la muqueuse buccale était ignoré.

A la suite de celle-ci, l'examen systématique des muqueuses chez des malades porteurs de lésions cutanées amène l'éclosion de multiples observations de localisations intra-buccales.

Puis, quelques auteurs signalent des localisations buccales de lupus érythémateux sans manifestations cutanées et les considèrent comme très rares.

La plupart de ces cas provenaient du fait que ces lésions étaient soit inesthétiques, soit douloureuses, et qu'elles incitaient le malade à consulter le spécialiste. Infiniment plus rares sont les manifestations découvertes par hasard sur la muqueuse buccale lors d'un examen général. Nous n'en avons relevé que douze cas certains, dont : 8 de la face muqueuse des lèvres; 2 de la face muqueuse des lèvres et de la langue; 1 seulement de la langue et de la muqueuse buccale.

Nous pensons que le stomatologiste, ayant dans sa pratique courante à faire l'examen sérieux de la cavité buccale d'un grand nombre de sujets, doit rencontrer des lupus érythémateux, à condition de savoir les différencier des autres lésions, ce qui la plupart du temps est très difficile.

OBSERVATIONS

Observation I.

(Capelle, thèse Paris, 1900-1901, obs. I, p. 26.)

Lupus érythémateux de la face et des muqueuses linguales et géniennes ayant débuté par la muqueuse buccale. — Examen histologique d'un fragment de muqueuse lésée.

D... (Victor), âgé de 38 ans, trieur de déchets de laine, à Tourcoing, se présente le 3 juillet 1900 à la consultation de M. le Professeur Derville, au dispensaire Saint-Raphaël.

C'est un homme de taille élevée, d'embonpoint modéré, d'apparence vigoureuse, jouissant d'une bonne santé et ne se plaignant de temps en temps que de sensation de malaise, de brisement, de courbature dans les membres.

A l'âge de 9 ans, il eut la fièvre typhoïde. Pendant son service militaire (1883), il fut envoyé au Tonkin, où il eut les fièvres paludéennes et la dysenterie. Depuis son retour en France (1884), il a eu encore quelques accès de fièvre intermittente, mais ils sont devenus de moins en moins fréquents, et, depuis dix ans, il n'en a plus souffert. Dans son enfance, il ne semble pas avoir eu de manifestations scrofuleuses, si communes dans nos pays. Jamais de maux d'yeux, jamais d'écoulement d'oreilles, jamais d'adénopathies. Aucun de ses parents n'aurait présenté quelqu'un de ces accidents.

Son père est mort à l'âge de 53 ans. Il eut, pendant les six derniers mois de sa vie, de l'ictère; en même temps, il toussait, mais il n'a jamais craché de sang.

Sa mère est vivante; actuellement âgée de 71 ans, elle jouit d'une bonne santé.

Ses quatre frères, tous plus âgés que lui, sont en excellente santé. Un de ses neveux, fils de son frère aîné, est atteint d'une tumeur blanche du genou.

Sa femme est aussi bien portante. Des deux enfants qu'il a eus, l'aîné est mort de la rougeole, compliquée d'accidents thoraciques de courte durée (quatre jours); le plus jeune, âgé aujourd'hui de 8 ans, est bien portant.

L'affection qui l'amène aujourd'hui à nous consulter a débuté par la cavité buccale, il y a dix mois, et notre malade, qui fume beaucoup, l'attribua d'abord au tabac. Il y a six mois, apparurent les lésions du nez et les lésions rétro-auriculaires.

Son attention fut attirée tout d'abord par quelques douleurs qu'il ressentait dans la bouche au moment de la mastication et de l'ingestion d'aliments chauds et épicés. Sur le nez et les oreilles, tout débuta par un petit bouton rouge qui s'étendit peu à peu sans jamais s'excorier, sans jamais donner d'écoulement sanguin. Ces lésions déterminent un peu de démangeaison, surtout le soir, mais le malade n'a pas remarqué que les phénomènes d'irritation fussent plus accusés l'hiver que l'été. Il a noté seulement l'action irritante de la pipe; aussi, de lui-même, a-t-il diminué beaucoup l'usage du tabac.

Jusqu'ici, le malade ne fut soumis à aucun traitement rationnel. Fatigué de la lenteur de la marche de la maladie et désirant une cure rapide, il changea souvent de médecin, et enfin s'abandonna aux soins d'empiriques, qui ne firent qu'aggraver son affection, en employant des topiques irritants. Le dernier docteur qui le vit, croyant à des lésions syphilitiques, lui administra de l'iodure de potassium à haute dose. Ce traitement intensif lui causa une intoxication iodique et fut continué pendant trois mois sans aucun résultat.

Les lésions, au moment de notre premier examen, étaient les suivantes :

Sur le nez, on trouve : une plaque rouge à cheval sur la partie supérieure du dos du nez, descendant de chaque côté sur les

faces latérales de l'organe, et remontant vers l'angle interne des yeux, qu'elle n'atteint pas. Ce prolongement vers l'œil est complètement fusionné à droite avec la plaque dorsale du nez, tandis qu'à gauche il y a un petit intervalle de peau saine entre la plaque érythémateuse située au-dessous du bord de la paupière inférieure et la plaque principale. Cette dernière mesure 2 cm. 5 dans le sens vertical et s'étend transversalement d'un sillon naso-jugal à l'autre. On trouve, en outre, à 2 centimètres sous la partie moyenne du bord libre de la paupière inférieure gauche, une petite tache érythémateuse de la dimension d'une grosse lentille. Dans toute la zone de tégument que nous venons de délimiter au centre de la face, la peau est d'une coloration rouge vif assez uniforme, masquée en certains points par une desquamation en fines écailles très adhérentes. En d'autres points, la surface des parties malades est blanchâtre, légèrement déprimée, d'aspect cicatriciel, mais en somme ces parties cicatricielles sont peu étendues.

Au toucher, la peau malade est sèche, rugueuse, comme un peu râpeuse. A la loupe, on y distingue très nettement un assez grand nombre de petits orifices qui lui donnent un aspect criblé et correspondent aux orifices des glandes sébacées. Au niveau de quelques-uns de ces orifices, on voit de petites saillies, gris noirâtre, très adhérentes, formées en apparence de cellules cornées accumulées. Ce sont ces saillies qui donnent au toucher la sensation de la râpe. On peut les enlever avec la pointe de l'aiguille à scarifier; elles entraînent avec elles une sorte d'auréole épidermique, blanchâtre, formée par l'épiderme voisin de l'orifice glandulaire.

Au niveau de la partie malade, la peau est épaissie. Au diascope, elle offre une teinte jaunâtre, peu foncée, uniforme, qui indique une infiltration du derme, mais il est impossible d'y déceler un seul tubercule.

La délimitation des plaques est nette; la rougeur s'arrête brusquement et il y a un petit bourrelet sur le bord, bourrelet légèrement saillant au-dessus de la peau voisine.

Sur les oreilles, les lésions occupent de chaque côté la cavité de la conque, la face postérieure du pavillon et la partie voi-

sine de la peau qui recouvre la région mastoïdienne. Ces lésions sont absolument symétriques, disposées identiquement à droite et à gauche.

La plaque commence un peu au-dessous de la partie supérieure du bourrelet de l'oreille, descend obliquement vers le fond du sillon rétro-auriculaire et en sort bientôt pour envahir la région mastoïdienne. Elle se prolonge ainsi jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui serait menée par la partie inférieure du lobule de l'oreille.

Telle est la disposition des lésions à gauche. A droite, il y a une interruption dans la continuité de la plaque, qui se trouve aussi divisée en deux parties inégales. La portion la plus importante occupe le pavillon, le sillon rétro-auriculaire et la région mastoïdienne, mais descend moins bas qu'à gauche. Puis, au-dessous de la pointe de l'apophyse mastoïde, on trouve une petite plaque de la largeur d'une fève, séparée de la précédente par un intervalle de peau saine, large de 2 centimètres environ.

Sur toutes ces régions, l'aspect est typique : peau blanche, lisse, brillante, déprimée au centre; squames fines, minces, adhérentes sur la plus grande partie de la surface; enfin, à la périphérie, liséré rouge, un peu saillant, nettement délimité en dehors, un peu diffus en dedans et formant la limite des lésions.

La périphérie de ces plaques est irrégulière, festonnée. Il n'y a pas de douleur à la pression.

Dans la conque du pavillon et à l'entrée du conduit auditif externe, même aspect. La peau est épaissie, rouge, foncé, squameuse, fissurée même en un point du conduit auditif externe et le malade se plaint d'une certaine dureté de l'ouïe depuis qu'il est atteint de cette maladie.

Dans la cavité buccale, nous trouvons des lésions sur les joues et sur la langue.

Sur la face interne des joues, nous trouvons une plaque disposée de la même façon à droite et à gauche.

Cette plaque allongée d'avant en arrière correspond par son milieu à l'intervalle des arcades dentaires. Elle commence en avant à 1 centimètre en arrière de la commissure labiale et s'étend

en arrière jusque sur la branche montante du maxillaire inférieur qu'elle contourne. Ces plaques s'étendent ainsi tout le long de la face muqueuse de la joue sans interruption, sans solution de continuité.

Les lésions, notamment sur la joue gauche, ont un diamètre vertical assez grand, et, dans certains points, ce diamètre mesure 4 centimètres. Cette largeur maxima correspond à la partie moyenne de la plaque. Aux extrémités antérieures et postérieures, elle est beaucoup moins élevée.

La muqueuse dans toute la région malade est un peu surélevée; elle est manifestement épaissie, et la pression à ce niveau est douloureuse.

Les parties atteintes sont très nettement délimitées. Leur coloration varie suivant le point considéré; sur presque toute leur surface, la muqueuse est d'une teinte blanc bleuâtre, plus opaque en certains points, demi-transparente en d'autres, comme si l'épithélium muqueux variait en épaisseur et en transparence. La bordure des plaques est marquée par un liséré blanchâtre, continu, assez fin, presque élégant, et, çà et là, sur son trajet et en dehors de lui, la muqueuse présente une coloration jaune rougeâtre, de telle sorte que, sur certaines parties de la circonférence de la plaque lupique, on trouve deux fins lisérés : un blanc opalin et un autre rouge jaunâtre.

La surface de muqueuse délimitée par le premier de ces deux lisérés, le seul qui soit continu, présente, en certains points, une coloration rouge vif, comme si elle avait été dépouillée de son épithélium, et, en quelques points limités, des taches jaunâtres, claires, entourées d'un halo rouge vif; ces dernières portions de muqueuse sont légèrement exulcérées.

A la limite postérieure des lésions, et notamment au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, la surface malade est irrégulière, mamelonnée; cet aspect est dû à la présence de saillies très petites (elles atteignent au plus la dimension d'une tête d'épingle) s'élevant sur le fond rouge de la muqueuse.

Au palper, la muqueuse malade est manifestement épaissie.

Sur la face inférieure et le bord de la langue, on trouve, à

gauche, une plaque allongée, occupant les deux tiers environ du diamètre antéro-postérieur de l'organe. Plus large à son extrémité postérieure, cette plaque se termine presque en pointe en avant. Elle est douloureuse pendant la mastication, mais non pendant l'articulation des mots. A ce niveau, la muqueuse est épaissie, d'un rouge foncé au centre, et présente à sa périphérie un fin liséré blanchâtre très net, très marqué, plus accusé même que sur la limite des plaques jugales où la teinte blanchâtre de certains points du centre de la lésion masque la coloration de la bordure.

Sur le côté droit de la face inférieure de la langue nous ne constatons aucune lésion.

Si on cherche à apprécier, par le degré d'écartement des pointes du compas, la sensibilité de ces plaques, il est impossible de noter de différence appréciable et constante entre la sensibilité du centre ou de la périphérie et celle de la muqueuse des parties saines environnantes.

La région du cou est explorée avec soin; nous ne trouvons qu'un seul ganglion, du volume d'une fève, situé derrière la branche montante du maxillaire inférieur, à gauche.

A l'examen de la poitrine, nous ne constatons rien d'anormal.

Pas d'albumine dans les urines.

Examen histologique. — M. le Professeur Augier a bien voulu faire l'examen histologique d'un fragment de muqueuse buccale lésée. Après durcissement et coloration à l'hémalun (solution à 5 %), il a trouvé les particularités suivantes :

Le revêtement épidermique a une épaisseur inégale; dans quelques points, les enfoncements interpapillaires sont plus volumineux, plus allongés qu'à l'état normal. Les cellules épithéliales qui constituent ces prolongements ont subi en certain nombre une tuméfaction; le noyau est devenu vacuolaire. D'ailleurs, cette vacuolisation s'aperçoit çà et là dans l'épaisseur du revêtement épithélial en dehors des prolongements interpapillaires. La couche de cellules à granulations d'éléidine est très inégale. Dans certains points, ces granulations sont très nombreuses. Sur d'autres coupes, elles sont rares au contraire, quoique les coupes soient très voisines les unes des autres.

On ne trouve qu'un petit nombre de cellules irrégulières dans l'épaisseur du revêtement épidermique.

Quant à la couche cornée, elle présente ses caractères habituels. On n'aperçoit ni épaississement bien net, ni tendance à la désagrégation des cellules de cette couche.

Les altérations principales portent sur le derme dans la partie la plus superficielle. Les papilles, ainsi que le tissu sur lequel elles reposent, présentent une infiltration cellulaire très abondante qui va graduellement en s'atténuant à mesure qu'on se dirige vers les parties les plus profondes du derme. Dans certains points, ces amas cellulaires sont tellement nombreux qu'ils infiltrent entièrement le derme et qu'on n'aperçoit plus les faisceaux du tissu conjonctif. D'une manière générale, ces cellules sont ordonnées parallèlement à la direction des faisceaux; elles ne forment pas d'amas circonscrits. Dans quelques points de la coupe, il y a des granulations pigmentaires assez nombreuses, disposées sous forme de traînées ou d'amas. Quant aux vaisseaux, on ne les trouve distendus et remplis de globules rouges que dans les parties les plus éloignées du revêtement épidermique. Au milieu des amas de cellules lymphatiques, on les aperçoit assez difficilement. On peut admettre qu'ils ont été vidés de leur contenu au moment de l'excision.

Les nombreuses cellules qui infiltrent la partie la plus superficielle du derme prennent, dans certains points, une tendance à l'organisation conjonctive; en ces points, elles sont devenues fusiformes, mais leurs noyaux sont petits et il y a très peu de substance intercellulaire.

Les vaisseaux lymphatiques ne présentent rien de spécial. On n'a pas aperçu sur les coupes la présence de filets nerveux altérés.

On peut aussi noter l'absence totale de vésicules adipeuses.

En résumé, le revêtement épidermique présente des lésions insignifiantes. La lésion principale de la partie superficielle du derme est l'infiltration de leucocytes avec tendance à l'organisation conjonctive. Ni bacilles, ni cellules géantes, ni amas permettant d'établir qu'il s'agit d'une lésion nodulaire et tuberculeuse. L'aspect de ces coupes ne rappelle en rien celui qu'on observe

au niveau de la peau ou des muqueûses envahies par le lupus vulgaire.

Traitement. — Nous prescrivons au malade de ne plus fumer, de renoncer à l'alcool, de ne boire ni trop chaud ni trop froid, de s'abstenir de vinaigre, d'user modérément des épices, de se laver minutieusement la bouche après chaque repas, et de se frotter les dents chaque matin.

Sur le nez et les oreilles, nous lui faisons appliquer jusqu'à irritation la pommade suivante :

Soufre	ââ 10 grammes
Savon vert.....	
Vaseline	20 grammes

Sur les lésions de la muqueuse buccale, nous lui recommandons de faire quatre ou cinq fois par jour un badigeonnage avec :

Glycérine	20 grammes
Liqueur de Fowler.....	10 grammes

26 septembre : nous revoyons le malade. L'état est à peu près le même pour les lésions cutanées. Mais sur la joue l'excoriation du centre de chaque plaque est plus accusée et tranche nettement par sa coloration jaunâtre sur le pourtour rouge. Le liséré blanchâtre est toujours aussi nettement marqué.

Traitement. — Cacodylate de soude et préparation à la résorcine.

Observation II.

(Cros, thèse Montpellier, 1895-1896, obs. IX, p. 47.)

Lupus érythémateux du nez et des muqueuses simulant des lésions syphilitiques. Nombreuses adénopathies.

Le 30 janvier 1896, le dénommé T... (Auguste), âgé de 28 ans, originaire du Var, exerçant depuis plusieurs années la profession de portefaix à l'arsenal de Toulon, entra à la Clinique de dermatologie de l'Hôpital suburbain de Montpellier pour une lésion érythémato-croûteuse, occupant toute la face dorsale et les ailes du nez et dont le début remonte à quatre ans environ.

Antécédents héréditaires. — Le père du malade est mort à 64 ans, d'une fluxion de poitrine. Mère morte à 44 ans, poitrinaire, et atteinte d'un lupus de la face ayant envahi le nez et les joues sous forme d'ailes de chauve-souris, d'après le malade, et qui aurait débuté à l'âge de 35 ans. Le malade a deux frères et une sœur. Cette dernière a longtemps souffert d'abcès froids du cou; elle a aujourd'hui 31 ans, est mariée et mère de deux enfants qui se portent bien. L'aîné des frères, qui a 33 ans, a eu également des abcès froids au bras droit et, d'après la description que nous en donne le malade, il a dû être atteint d'une ostéite tuberculeuse. Le second a 21 ans, fait actuellement son service militaire et ne présente rien d'anormal.

Antécédents personnels. — Kérato-conjonctivite dans le jeune âge, dont on constate les traces sur la cornée des deux yeux. Variole légère en 1891 et petite crise d'influenza, également légère, en 1892. Pas d'écoulement des oreilles, ni de croûtes. Les organes génitaux sont sains et ne présentent aucune trace de chancre. Le malade dit ne jamais avoir eu de syphilis ni de blennorragie, seulement un petit échauffement, qui guérit en douze ou quinze jours par un traitement des plus anodins. Pas de toux, de bronchite. Santé générale bonne malgré la profession pénible qu'exerce le malade.

L'aspect extérieur du malade est celui d'un scrofuleux. Les lèvres sont fortes, lippues, rejetées en dehors. Les yeux présentent en outre un degré très marqué d'exophtalmie. Ils présentent actuellement de la kérato-conjonctivite avec perte presque complète de la vision du côté droit. Un stage de quelques jours dans le service d'ophtalmologie de M. le Professeur Truc a amélioré cette affection oculaire.

Maladie actuelle. — Interrogé sur la marche de sa lésion, le malade nous apprend qu'elle avait débuté sous la forme d'un petit bouton, siégeant sur l'aile droite du nez, de la grosseur d'un petit pois, légèrement prurigineux, saignant facilement sous l'influence du grattage et se recouvrant sans cesse de petites croû-

telles peu adhérentes. Le bouton s'étendit progressivement en surface, et à mesure que l'accroissement se faisait plus étendu, il s'affaissait et se transformait en une surface rouge, plane, recouverte de squames fines et sèches, le petit placard gagna bientôt le lobule du nez, puis envahit peu à peu, et en même temps, l'aile gauche, la face dorsale et les parties latérales de cet organe. Le malade se grattait pour faire tomber les squames, qui se reformaient aussitôt.

Voyant, au bout de quatre ou cinq mois, que le mal menaçait de s'éterniser, il entra, en avril 1893, à l'Hôpital de Toulon, où on porta le diagnostic de lupus érythémateux, et on prescrivit des lotions de sublimé. Au bout de vingt-cinq jours, une amélioration sensible s'était déjà produite, et le malade reprit son travail. Mais peu après, les croûtes se reformèrent, le mal gagna un peu plus en étendue, et un nouveau séjour à l'hôpital (mai 1894) lui procura une nouvelle amélioration. Il y fut traité cette fois par les lotions au sublimé, la vaseline iodoformée, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium à l'intérieur. Dans le courant de la même année, nouveau séjour à l'hôpital, et nouvelle amélioration, qui ne persista pas plus que les précédentes.

Fatigué de ces alternatives et pensant ne pas être suffisamment bien soigné à l'Hôpital de Toulon, le malade vint à Montpellier.

A son arrivée, on constate sur le nez un placard croûteux, s'étendant sur les parties latérales et les ailes, y compris le lobule; en hauteur, il occupe les deux tiers inférieurs du dos du nez. La plaque ne présente pas de relief bien appréciable; elle est recouverte de concrétions plâtreuses, sèches et assez adhérentes, de couleur grisâtre, entourées de liséré congestif, indiquant une infiltration sous-jacente. Les contours en sont parfaitement symétriques. Pas ou presque pas de démangeaisons.

En outre, sur la langue, deux plaques ulcéreuses, siégeant l'une sur la pointe, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; l'autre sur la partie inféro-latérale droite, un peu plus petite, de forme allongée. Elles sont recouvertes toutes deux d'un enduit blanchâtre pseudo-membraneux, mais sans liséré congestif, un peu analogues à première vue à des plaques syphilitiques.

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont fortement engorgés, notamment à gauche, dans la région parotidienne et sous-maxillaire, où ils roulent sous le doigt et ont le volume d'une noisette à un œuf de pigeon. A droite, dans les mêmes régions, ils sont un peu moins volumineux. Ils sont durs au toucher, ne présentant en aucun point de la fluctuation; pas d'adhérences superficielles ou aux organes profonds. A leur niveau, la peau a conservé sa coloration normale. Dans la profondeur du cou, tout le long des sterno-mastoïdiens, on sent de nombreux ganglions tuméfiés, plus petits que les précédents, de nombreuses adénopathies élargissent notablement le cou dans sa partie supérieure et lui donnent l'aspect de cou de taureau.

Quant au diagnostic, aucune hésitation n'existe pour la lésion du nez. C'est bien un placard de lupus érythémateux acnéique. Un doute subsiste pour les ulcérations linguales. Leur aspect, la rougeur des piliers, leur donnent l'apparence de lésions syphilitiques. Notamment la plaque siégeant au niveau de la pointe avec ses bords nettement arrondis, légèrement excavés, avec un certain degré d'induration, simule à première vue, l'accident primitif de la syphilis.

Ces ulcérations étaient-elles en rapport avec les lésions du nez, constituant des lésions lupiques des muqueuses, ou bien étaient-elles des manifestations syphilitiques, indépendantes du lupus du nez et coexistant avec lui ? En admettant qu'il existât un chancre à la langue, comme, d'après le malade, les ulcérations ne remontent qu'à sept ou huit mois, la lésion du nez ne saurait être un accident secondaire ou teritiaire, puisqu'elle remonte à quatre ans passés. Et, en admettant que ce soit une lésion indépendante de celle du nez, de nature syphilitique, on comprend difficilement l'existence torpide de ce chancre durant sept ou huit mois et ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme de syphilis. Il faut donc abandonner l'idée de syphilis tant à la langue qu'au nez et, tenant compte des anamnésiques et de l'aspect des lésions, considérer le malade comme un scrofulo-tuberculeux atteint de lupus érythémateux du nez et des muqueuses, celles-ci secondaires et liées au même processus que l'engorgement ganglion-

naire. Par acquit de conscience et pour tâcher d'obtenir quelque éclaircissement, on a soumis tout d'abord le malade au traitement spécifique par le sirop de Gibert et par les lotions de sublimé. Aucune amélioration, comme on devait s'y attendre, ne s'est produite au bout d'un mois de ce traitement, qui a été alors remplacé par le traitement antibacillaire : iodure de potassium et huile de foie de morue; en même temps, on touche les placards avec de la chloraline en solution.

Observation III.

(M. Hassler, *Journal de médecine de Bordeaux*, 30 juillet 1892, p. 368.)

Lupus érythémateux de la face
avec extension aux muqueuses labiale et buccale.

Le malade atteint de lupus érythémateux que j'ai l'honneur de présenter à la Société a paru digne d'intérêt à M. le Professeur agrégé Dubreuilh et à M. le Docteur Frech, qui ont bien voulu l'examiner avec moi, au triple point de vue :

a) De la confluence des lésions de la face;

b) De leur extension et de leur caractère au niveau des lèvres et du limbe cutanéo-muqueux;

c) Enfin, de leur extension à la muqueuse buccale, qui a été signalée par les auteurs, mais rarement observée.

Ce jeune homme, âgé de 23 ans, a cinq mois de service militaire. Il a toujours joui d'une bonne santé générale. Une atteinte de rhumatisme il y a neuf ans; des engelures aux mains chaque hiver, jamais aux pieds, ni aux oreilles, tels sont les seuls antécédents dignes d'être relatés.

Aucun antécédent héréditaire tuberculeux.

La lésion actuelle remonte à trois ans. Elle a débuté par les deux oreilles; le pavillon a été primitivement pris, puis le nez. Quelque temps après, il se forme des plaques nouvelles au-devant du tragus gauche, sur les paupières et sur les rebords orbitaires.

Depuis le début de la maladie, il n'y a pas eu de guérison à proprement parler, mais des améliorations plus ou moins notables pendant les étés. Les lésions sont alors aussi rouges, mais les squames sont très rares.

Actuellement, les deux oreilles sont entièrement prises, sauf le lobule droit. On trouve aussi des îlots de grandeur variable, de 1 à 3 centimètres, distribués sur le nez, les joues, le menton et les paupières.

La plupart des plaques présentent les caractères du lupus érythémateux typique : quelques-unes cependant présentent des particularités qu'il est bon de signaler.

Sur le menton, on remarque une petite plaque assez régulière, à fond blanchâtre, légèrement violacée, sur laquelle on voit surtout, au niveau de la bordure, de petites saillies miliaires qui donnent à la plaque un aspect papillomateux.

On trouve une plaque analogue située sur le bord cutané de la lèvre supérieure, presque au niveau de la ligne médiane. En ce point, l'aspect papillaire est un peu plus étalé qu'au niveau de la plaque précédente, mais on trouve à la surface de petits blocs cornés, jaune verdâtre, à structure feuilletée, qui viennent assez facilement au grattage.

Les lésions sont d'un rouge violacé, elles desquament sous forme de lamelles collodionnées. Du côté de leur face buccale, on voit des plaques irrégulières, rouges, non ulcérées, à peine érodées, parsemées d'un petit granité blanc violacé.

Dans le sillon gingivo-génien gauche, au niveau de la première grosse molaire, qui a été extraite, il y a un an et demi, on voit une plaque d'un blanc violacé, avec une bordure assez régulière, très légèrement saillante et un peu dure au toucher. Cette plaque est formée de petits grains miliaires d'un quart de millimètre environ, très légèrement saillants, donnant un peu, au toucher, la consistance du lichen plan, distribués assez régulièrement à la surface de la plaque et reposant sur un fond rougeâtre. Au centre de cette plaque, on trouve aussi des tractus blanchâtres, irréguliers et d'aspect cicatriciel. Cette plaque, dont le malade ignorait l'existence, est complètement indolente, mesure 1 cm. 5

de large sur 2 de long et remonte sur la face interne de la joue et un peu aussi sur le bord de l'arcade dentaire.

L'examen minutieux du nez, du pharynx, des amygdales et du larynx, pratiqué au laboratoire de M. le docteur Moure, ne présente rien de particulier à signaler. Il n'existe également aucune plaque sur le cou, ni sur le tronc ou les membres.

M. W. Dubreuilh : Le malade que vient de nous présenter M. Hassler, et qu'il avait eu la gracieuseté de me montrer ce matin, est fort intéressant à plusieurs titres. L'éruption de lupus érythémateux, qui couvre la face et qui est parfaitement typique, couvre également le bord libre des deux lèvres et y présente son aspect habituel de plaques violacées infiltrées avec un centre atrophique du cicatriciel, marbré de stries blanches. Cette localisation du lupus érythémateux sur le bord libre ou même la face muqueuse des lèvres n'est pas rare, bien qu'il soit exceptionnel de la voir aussi abondante que dans le cas actuel. Ce qui est beaucoup plus rare, c'est de voir du lupus érythémateux de la cavité buccale. Il n'est pas mentionné par les auteurs, car tous les faits de lupus érythémateux des muqueuses qui ont été publiés sont relatifs aux lèvres. Ici, nous trouvons une plaque étendue sur la joue gauche et l'arcade dentaire inférieure du même côté qui me paraît bien être de la même nature que les autres lésions cutanées.

J'ai déjà observé un cas semblable. Un malade atteint de lupus érythémateux de la face, du cuir chevelu et des lèvres, présentait une plaque sur le pilier antérieur, plaque oblongue, violacée, avec des marbrures blanches, cicatricielles. Cette localisation est donc une rareté.

Je remarque enfin, sur la lèvre supérieure, un point où les lésions sont couvertes d'une épaisse couche de squames jaunes, feuilletées, friables, qu'on n'a pas l'habitude de voir dans le lupus érythémateux. Cela me remet en mémoire un fait observé il y a quelques années, chez une jeune fille que je n'ai vue du reste qu'une fois. Les lèvres étaient couvertes d'une épaisse couche de squames friables, feuilletées et comme soufflées, au-dessous desquelles se trouvait la peau rouge, mais non ulcérée.

Je me demande rétrospectivement si je n'ai pas eu sous les yeux ce jour-là un lupus érythémateux anormal comme forme et comme localisation.

M. Fromaget : Au point de vue de la mise en réforme de ce malade, il me semble que l'on peut faire valoir, outre le désagrément pour les autres soldats de se trouver avec lui, la possibilité d'une contagion, le lupus érythémateux étant, je crois, de nature tuberculeuse.

M. W. Dubreuilh : Les rapports entre le lupus érythémateux et la tuberculose sont très discutés. Un certain nombre de dermatologistes admettent des liens étroits entre les deux maladies et considèrent le lupus érythémateux comme une manifestation de la tuberculose; d'autres considèrent le lupus érythémateux comme totalement indépendant.

La première opinion est surtout représentée par l'Ecole de Paris, par Boeck, de Christiania, et quelques auteurs anglais et américains. Ils se fondent sur ce que les malades atteints de lupus érythémateux ont habituellement des antécédents héréditaires de tuberculose pulmonaire ou des antécédents personnels de tuberculose ganglionnaire, osseuse ou articulaire, de scrofulo-tuberculose en un mot.

La seconde opinion, défendue par les Allemands et la plupart des Anglais, soutient que, dans les lésions du lupus érythémateux, on ne trouve ni tubercules, ni bacilles, que l'inoculation est toujours restée infructueuse et que la coïncidence de la tuberculose n'est pas assez fréquente pour faire admettre l'hypothèse d'une éruption causée par les toxines de la tuberculose. Il reste constant que le lupus érythémateux n'est pas causé par une colonisation locale du bacille de la tuberculose comme l'est le lupus vulgaire, mais que son étiologie reste encore incertaine. Pour ma part, si j'ai quelquefois trouvé la tuberculose dans les antécédents de mes malades, j'ai vu si souvent le lupus érythémateux chez des individus indemnes de toute tare, même lorsque je les ai suivis pendant bon nombre d'années, que je suis plutôt disposé à considérer le lupus érythémateux comme indépendant de la tuberculose. Dans tous les cas, il n'y a pas de contagion à craindre.

Observation IV.

(M. Feulard, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1889, p. 806.)

Lupus érythémateux de la lèvre inférieure.
Tuberculose pulmonaire.

J'ai l'honneur de vous présenter une malade atteinte d'une lésion rare de la lèvre inférieure. Cette femme, âgée de 41 ans, ne présente rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires. Son père, âgé de 64 ans, est bien portant et habite hors Paris. La mère est morte, il y a fort longtemps, à l'âge de 42 ans, d'un abcès du cou, paraît-il. Une sœur est morte à l'âge de 11 ans, la malade ignore la cause de cette mort. Un frère est mort accidentellement au service militaire. Un autre frère, âgé actuellement de 44 ans, est bien portant et habite la province. La malade habite Paris depuis vingt-deux ans et a exercé les métiers de cuisinière, sauf depuis cette année, où elle vivait dans son ménage. Réglée à 14 ans, elle n'a jamais été malade jusqu'à l'année dernière. Il y a huit mois environ, un jour, en buvant un liquide chaud, elle ressent une légère douleur à la lèvre inférieure, et c'est à partir de ce moment qu'elle constate une petite lésion qui, depuis, a progressé jusqu'à l'état qu'elle présente actuellement. Aucun traitement effectif local n'a été fait.

Le 5 février, la malade, atteinte de bronchite, entre à l'Hôpital Tenon, où l'on diagnostique chez elle une bronchite tuberculeuse. La lésion de la lèvre ne passa pas inaperçue, mais fut considérée comme une plaque muqueuse. La malade resta un mois dans cet hôpital et en sortit toussant toujours beaucoup; en même temps, l'amaigrissement, qui avait commencé peu de temps avant l'entrée de la malade à Tenon, continuait; il y a sept mois, elle pesait, dit-elle, 184 livres; elle en pèse maintenant 126; la voix est restée enrouée et la malade tousse continuellement. Bref, elle présente tous les signes extérieurs de la tuberculose.

J'ajoute que l'examen de la poitrine révèle seulement de la

rudesse de la respiration aux sommets et quelques râles; mais la malade crache, et, dans ses crachats, a été trouvé par M. Darier le bacille de Koch. De ce côté, il n'y a donc aucune espèce de doute.

La malade est atteinte de tuberculose, et cette constatation vient aider à faire le diagnostic de la lésion qu'elle présente à la lèvre : diagnostic qui peut, je dois le dire, être fait rien que par le caractère de la lésion, et qui a été fait objectivement par plusieurs médecins à qui nous avons présenté la malade, et par nous-même.

En quoi donc consiste cette lésion ? Elle siège à la face interne ou muqueuse de la lèvre, sous forme de deux taches ayant les dimensions d'environ une pièce de vingt centimes. La bouche étant fermée, rien ne paraît, qu'un état pelucheux du bord libre de la lèvre, ainsi que cela se rencontre chez les personnes ayant l'habitude de mâcher leur lèvre. Mais si l'on abaisse la lèvre de façon à la faire saillir en avant, on est frappé tout d'abord par la teinte opaline que cette lèvre présente en deux ou trois places, à ce point qu'on croirait tout d'abord avoir affaire à une lésion syphilitique secondaire; erreur qui a été commise d'ailleurs : mais il n'y a pas d'ulcération. On constate seulement une teinte opalescente dépolie de la muqueuse et, en tendant la lèvre, un épaississement au niveau des places malades, un très léger relief de ces places qui tranchent ainsi sur les parties voisines, mais surtout par leur couleur; au pourtour des plaques opalines existent de petits lisérés rouges très vasculaires, qui se perdent insensiblement sur le reste de la muqueuse.

En somme, très peu de choses, l'aspect opalescent dépoli avec pourtour rouge vasculaire des plaques, leur légère saillie sur le reste de la muqueuse, l'épaississement que l'on constate à leur niveau, voilà ce qui constitue presque exclusivement cette lésion.

Nous n'hésitons pas cependant à faire de ces lésions d'apparence minime du lupus érythémateux de la muqueuse, analogue à ceux qui ont été déjà présentés à la réunion, mais se différenciant par ce fait que le lupus reste ici localisé à la seule muqueuse labiale. Nulle part ailleurs, la malade ne présente

de lésions semblables, ni sur la peau du visage, ni sur le cuir chevelu, ni en aucun point du corps. C'est là, à notre avis, ce qui constitue le côté particulièrement intéressant de cette observation, que je résumerai en deux mots :

Lupus érythémateux, développé primitivement et seulement sur la surface muqueuse de la lèvre inférieure, la peau restant indemne, tuberculose pulmonaire paraissant s'être développée postérieurement à ce lupus.

Observation V.

(P. Le Coulant, *Annales de dermatologie*, septembre 1937, p. 689.)

Epithélioma sur lupus érythémateux.

M. B..., 34 ans, est examiné le 17 janvier 1936, il présente un psoriasis du tronc et des membres datant de quatorze ans et des lésions de la bouche évoluant depuis la même époque, sans tendance à la guérison.

Voici l'histoire qu'il raconte : Il n'avait jamais été malade jusqu'à son service militaire. Dès son retour, il présente un épanchement synovial du genou droit et une adénite du cou. En mai 1923, indépendamment d'une éruption de furoncles et d'une poussée de psoriasis sur tout le corps, apparaît sur la langue une petite ulcération qui, à dater de ce jour, et malgré tous les traitements effectués, n'a jamais guéri.

Pendant un an, il fut en traitement pour ces différentes lésions à la Clinique du Professeur Dubreuil et dans le Service d'oto-rhino-laryngologie du Professeur Moure. Son psoriasis s'améliore au point de disparaître, mais les lésions buccales continuèrent à évoluer. D'après les renseignements pris dans les archives de la Clinique dermatologique, elles étaient à peu de chose près celles de l'état actuel. Aucun diagnostic n'a été porté; successivement ont été éliminés : la syphilis (traitement d'épreuve), l'infection fuso-spirillaire, le pemphigus. Les différents traitements préconisés furent inefficaces. Il n'a pas été fait de biopsie.

De 1926 à 1935, pendant neuf ans, se succèdent : un abcès froid du poignet droit avec adénopathie de l'aisselle droite, une arthrite tuberculeuse de l'index terminée par l'amputation du doigt, une lésion testiculaire tuberculeuse prise pour une lésion spécifique et traitée comme telle, une arthrite du genou gauche avec gros œdème de la jambe traitée légèrement par du sulfarsénol.

C'est en janvier 1935 qu'apparaissent des gerçures rebelles sur la lèvre inférieure; elles s'accompagnent de desquamation de bord incarnat avec état blanchâtre de la semi-muqueuse sur fond violacé. Ces lésions persistent et s'aggravent jusqu'en janvier 1936.

B... nie tout antécédent vénérien; sa femme lui a donné deux enfants en excellente santé; elle n'a pas fait de fausses couches. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang à différentes reprises a été toujours négative.

C'est un beau gaillard, de taille au-dessus de la moyenne, fortement musclé, robuste, et paraissant en excellente santé. Le psoriasis qu'il présente le laisse quelque peu indifférent; il montre au contraire une vive inquiétude pour ses lésions labiales et buccales.

La langue, d'aspect cicatriciel, n'est ni infiltrée, ni sclérosée; elle est souple, facilement mobilisable en dehors de la bouche. Elle ne gêne en rien la parole, mais le malade accuse une brûlure quand il absorbe des mets épicés ou acides.

La partie médiane est occupée par une ulcération quadrangulaire à surface plane de 2 cm. 5 de long sur 2 centimètres de large, recouverte d'un enduit putrilagineux blanc grisâtre; elle saigne facilement au moindre contact. Quatre sillons partent des angles de cette ulcération et se prolongent vers les bords de la langue sous forme de plicatures peu profondes. Le reste de la muqueuse linguale est lisse, cicatriciel, en partie atrophique; la plupart des papilles ont disparu; sa surface légèrement violacée est tapissée de stries linéaires d'un blanc opalin un peu semblable à celles du lichen plan.

La région sublinguale ne présente aucune modification.

La face interne des joues présente sensiblement les mêmes lésions que la face dorsale de la langue. C'est un semis de petites lésions

saillantes, circinées, blanc porcelanique, sur fond violacé; d'autres d'aspects linéaires, en saillie, délimitent des aires rouges lie de vin, parfois érodées et alors rouge vif, brillantes, non suintantes; quelques plaques nettement cicatricielles complètent le tableau. Suivant que le malade a irrité sa muqueuse par l'absorption d'aliments épicés ou alcoolisés, les lésions s'accentuent; avec une alimentation moins irritante, elles s'atténuent. Ces taches nacrées s'étendent jusqu'aux commissures, qu'elles tapissent sur toute la face muqueuse. Les érosions des joues ne persistent pas indéfiniment, elles guérissent souvent d'elles-mêmes, surtout quand le malade surveille son alimentation; elles laissent alors une muqueuse cicatricielle atrophique. Elles ne sont ni infiltrées, ni indurées.

La lèvre supérieure est indemne.

La lèvre inférieure dans son ensemble est violacée, fendillée, sèche, d'apparence collodionnée; saigne facilement dès que le malade parle. La muqueuse se détache parfois par petits lambeaux blanchâtres. Le matin, elle est fuligineuse, présente souvent de petites croûtelles noirâtres, très adhérentes. Elle est peu sensible à la pression et un peu œdématiée.

On ne trouve aucun vestige de lupus érythémateux sur le masque; par contre, les oreilles sont grignotées; des cicatrices blanches ou bleutées sont rapportées par le malade à des engelures tenaces et récidivantes apparues autrefois en hiver et actuellement guéries.

Sur le cuir chevelu, on n'a trouvé que quelques plaques de psoriasis classique en bordure du front et sur le vertex.

Sur la région sus-manubriale droite, des cicatrices blanches fines témoignent de l'existence antérieure d'abcès froids ganglionnaires.

Sur le tronc, les membres, le psoriasis est discret, à peine prurigineux. Au poignet droit, on note une autre cicatrice d'arthrite bacillaire, dont l'histoire a été rapportée plus haut. L'index droit a été amputé pour une lésion du même ordre.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas; l'auscultation minutieuse n'a montré aucune lésion pulmonaire ou pleurale importante, ce que confirme d'ailleurs l'examen pulmonaire complet réglementaire subi par B..., il y a quelques jours, en vue de son admission à l'administration des P. T. T. dont il fait actuellement partie.

Le cœur bat régulièrement à 80 pulsations à la minute; la tension au Pachon est de : Mx, 16; Mn, 7; Io, 3. L'appétit est bon. L'alimentation est à peine gênée par l'existence des lésions buccales et labiales.

La réaction de Bordet-Wassermann a été constamment négative dans le sang.

Examen histologique d'un fragment prélevé au niveau de l'ulcération linguale (Dr Mougneau) :

« Le fragment prélevé n'intéresse pas l'épithélium, on se trouve en présence d'un tissu de granulations formé par un magna fibrineux englobant des polynucléaires pycnotiques. Au-dessous, un vaste infiltrat en nappe de cellules lymphoïdes (lymphocytes et plasmocytes) sur un tissu conjonctif lâche, formé de fibres entrecroisées.

» Des vaisseaux capillaires montrent une tuméfaction de l'endothélium, leur lumière est bourrée de polynucléaires qui franchissent la paroi par diapédèse et se répandent dans le tissu environnant. Çà et là, quelques ébauches de cellules géantes. Pas de follicules tuberculeux typiques. »

Le psoriasis est traité par des badigeonnages à la solution benzolée de cigoline à 1/100 *per os;* on prescrit un gramme de liqueur de Pearson par jour. Il guérira assez rapidement pour ne plus reparaître pendant un an. On conseille à B... de faire sur la langue des badigeonnages avec une solution ichtyolée, et sur la lèvre des applications de pommade ichtyolée à 1/30.

Les différentes méthodes thérapeutiques employées dans la suite : méthodes de Nicolas et Pilon, badigeonnages à l'acide lactique, diatonine et diatergol, diathermo-coagulation, le tout accompagné de la thérapeutique générale habituelle aux terrains bacillaires, ne modifièrent nullement les lésions linguales.

En mai 1936, on décide, sur les conseils du Professeur G. Petges, de faire des injections de muthanol; thérapeutique fréquemment employée avec succès dans le lupus érythémateux à la Clinique dermatologique, en l'absence de tout signe évident de syphilis. Il reçoit quinze ampoules de ce médicament, à raison de deux par semaine. La langue s'améliore rapidement, l'ulcération médiane

disparaît. La lèvre inférieure, par contre, est le siège d'un œdème douloureux, d'érosions tenaces, recouvertes de croûtes noirâtres. Une transformation épithéliomateuse est à craindre, et on pratique une biopsie qui donne le résultat suivant (Dr Mougneau) :

« Hyperplasie très marquée de l'épithélium de revêtement, qui forme des bourgeons étroits et profonds, parfois ramifiés. La basale festonnée paraît intacte, et les cellules ont conservé leurs caractères morphologiques normaux. Le chorion sous-épidermique est le siège d'un infiltrat très serré de cellules épithélioïdes, pas de cellules géantes. L'examen histologique de la pièce permet de penser qu'il s'agit d'un état inflammatoire chronique indéterminé ayant entraîné une hyperplasie de l'épithélium plutôt qu'un état néoplasique. »

Le 10 août, la langue ne présente plus qu'une érosion de quelques millimètres de diamètre en bordure de l'ulcération centrale. Il semble que la cicatrisation se poursuive malgré la cessation des injections de muthanol. La lèvre inférieure est toujours sèche, fendillée, recouverte de fuliginosités ou d'une muqueuse blanche épaissie, qui se fendille. Après un intervalle de repos d'un mois et demi, on fait une deuxième série de 15 injections qui se terminera le 2 octobre 1936.

Le malade est revenu le 4 novembre 1936. La langue est presque complètement cicatrisée. On ne trouve plus à sa surface que deux petites plaies comme une tête d'épingle en bordure de la cicatrice de la plaie médiane. Par contre, la lèvre est très tuméfiée et éversée sur presque toute sa longueur. Au voisinage de la commissure droite, une lésion nouvellement apparue, de la dimension d'un haricot, est végétante, verruqueuse. La lésion médiane est beaucoup plus étendue, étalée, indurée, et semble progressivement infiltrer toute la partie médiane de la lèvre. Par les anfractuosités de la croûte centrale s'échappe à la pression un peu de pus nauséabond. Le moindre attouchement est douloureux. Sur la surface muqueuse, deux ou trois petites saillies blanchâtres sont ouvertes au galvanocautère, et il s'échappe quelques gouttes d'un pus jaune verdâtre épais.

On prescrit des pansements humides à l'eau boro-oxygénée au 1/5, puis quinze jours plus tard avec une solution de résorcine et d'ichtyol.

Du 7 novembre au 28 novembre 1936, le malade reçoit 7 injections de myoral à doses progressives; mais cette médication doit être suspendue par suite de l'apparition d'un érythème diffus prurigineux. L'infiltration de la lésion labiale est plus importante, elle occupe toute la partie médiane de la lèvre inférieure, qui est saillante, en ectropion, et gagne certainement un bon centimètre et demi en profondeur. La bordure de la lésion est ourlée. L'ensemble est ferme et douloureux à la palpation. Le diagnostic d'épithélioma est évident; il est d'ailleurs confirmé par une biopsie. Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire qui infiltre profondément la lèvre.

B... est confié au service de curiethérapie du Professeur Réchou, où il est soumis aux radiations d'un appareil moulé.

Evolution de l'épithélioma. — Un traitement curiethérapique (60 mm. de radium, 16 med.) détruit les lésions. Pendant dix ans, le malade reste guéri de sa néoplasie. Il est suivi régulièrement tous les quinze jours environ pour les autres lésions buccales et cutanées qu'il présentait alors : adénopathie tuberculeuse axillaire, traitée et guérie par la radiothérapie, vaste ulcération tuberculeuse de la jambe gauche, également guérie après un traitement de plusieurs mois (calcium intraveineux, antigène méthylique).

En août 1946, à l'occasion d'une extraction dentaire de molaire inférieure droite, se produit une fracture de la branche horizontale droite mandibulaire. La radiographie montre de très importantes lésions en géodes intra-osseuses. Un épithélioma spino-cellulaire s'extériorise. Une radiothérapie intense (4.500 r.) n'améliore pas l'évolution de ces lésions, qui se fait sur le plan local vers l'envahissement de la joue droite, avec ouverture à la peau et sur le plan général vers la cachexie.

Le malade ayant été surveillé étroitement, à aucun moment il n'a été permis de déceler des lésions néoplasiques de la muqueuse buccale. Ces dernières n'ont apparu que secondairement à la fracture sur le foyer ouvert de cette fracture spontanée. Il s'agit donc bien d'une métastase osseuse apparue dix ans après guérison clini-

que de la lésion labiale et extériorisée brutalement par une avulsion dentaire.

Observation VI.

(P. Joulia, P. Le Coulant, P. l'Epée, *Annales de dermatologie*, août 1948, p. 371-372.)

Epithélioma spino-cellulaire sur lupus érythémateux vierge de tout traitement.

G... (Bernard), 49 ans, entre le 9 août 1946 dans le Service de la Clinique dermatologique de Bordeaux pour lupus érythémateux dont le début remonte à une vingtaine d'années. Il a débuté sur la joue gauche, puis s'est étendu progressivement au niveau des deux joues, du nez, de la lèvre supérieure, du menton, de la partie antérieure du cou, du pavillon de l'oreille droite et du cuir chevelu. Il se présente sous forme de placards bien limités, à contours irréguliers, de couleur rouge, parsemés d'hyperkératose ponctuée et de zones d'atrophie cicatricielle. Aucun traitement interne ou radiothérapique n'a jamais été pratiqué, le malade se soignant seulement avec des pommades variées. Il y a six mois, est apparue une lésion croûteuse sur le bord incarnat de la lèvre inférieure, et il y a trois mois une ulcération. Actuellement, la lèvre inférieure présente à sa partie médiane une ulcération de la dimension d'une pièce de 1 franc, à fond irrégulier et suppurant, à base très infiltrée; à gauche de l'ulcération, il existe une verrucosité de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En dedans de l'ulcération, sur le versant muqueux de la lèvre inférieure, il existe, sur une largeur de quelques millimètres, une bordure leucokératosique longeant la crête de la lèvre inférieure, depuis l'ulcération jusqu'à la commissure droite. Présence de petits ganglions sous-angulo-maxillaires droits. Pas de lupus érythémateux de la muqueuse buccale. Une biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire. Le malade a été mis en traitement par le muthanol et dirigé sur l'Institut Bergonié, où sera pratiqué un traitement radiothérapique.

ETUDE CLINIQUE

Ou bien la lésion buccale sera découverte par le spécialiste au cours d'un examen général, ou bien le malade attirera l'attention sur une partie de la muqueuse donnant des sensations de brûlures à l'ingestion d'aliments irritants, au contact de la fumée de tabac, ou même au simple mouvement des joues et des lèvres.

A son début, cette lésion est constituée par un ou plusieurs petits éléments de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, légèrement saillants, formés par un point blanchâtre entouré d'un halo rouge vif.

Un examen plus attentif montre une lésion de coloration rouge vif ou rouge livide, un peu surélevée, présentant en son centre un point déprimé, blanchâtre ou opalin. Il n'y a pas d'exulcération, ni de suintement, la surface est unie. La muqueuse voisine est plus rouge que normalement et présente un fin lacis rouge vif.

La loupe accentue la dépression centrale cicatricielle, le relief, et montre autour de la lésion une muqueuse hyperhémiée, parcourue par des capillaires dilatés et dont les glandes présentent des orifices un peu turgescents.

La vitro-pression ne fait pas toujours disparaître complètement la coloration de la lésion, qui tranche ainsi nettement sur la muqueuse voisine, de même que par son relief.

A la palpation, le doigt sent la saillie de l'élément érythémato-lupique et sa consistance ferme traduisant l'infiltration dermique. Le plus souvent, cette palpation n'est pas douloureuse et il n'y a aucun trouble de la sensibilité.

Ces éléments pourront disparaître sans trace ou en laissant une petite surface pâle, cicatricielle, lisse, ou bien s'agrandir

sur place, individuellement, ou bien le plus souvent confluer pour former des plaques de lupus érythémateux.

C'est surtout à la période où le placard érythémato-lupique est constitué que nous avons l'occasion de voir cette affection.

Cette plaque a une étendue très variable, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes à celle d'une paume de main et même davantage. Elle est solitaire ou en compagnie d'autres lésions de surfaces aussi variables.

La configuration sera fantaisiste, ou bien ovalaire, ou bien déchiquetée, en carte de géographie.

Sur un fond érythémateux et infiltré, surélevé par rapport à la muqueuse saine, nous distinguons un centre cicatriciel, blanchâtre, pâle ou nacré, lisse, jamais rétracté, légèrement déprimé, formant une surface continue, ou bien un réseau dont les mailles sont rouges, d'intensité variable, ne bridant jamais les mouvements. Autour de ce centre déprimé, une zone intermédiaire, plus ou moins saillante, donne par la variation de sa couleur allant du rouge vif au blanc l'impression que l'épithélium varie en épaisseur, tantôt très mince, et on voit nettement les capillaires dilatés du derme; tantôt plus épais et devenant opaque.

Une bordure très nette blanc opalin continue tout autour du placard érythémato-lupique, plus ou moins large, va du simple petit filet uni à une large bande nacrée, fissurée, leucoplasiforme. Ou bien elle se continue brusquement avec la muqueuse saine, ou bien par endroits elle est doublée par une autre bordure rouge congestive, plus diffuse, avec dilatations capillaires et turgescence des orifices glandulaires.

La surface est continue, il n'y a pas d'exulcération ni de suintement.

Comme pour la lésion à son début, l'examen à la loupe accentue ces différences de coloration et de relief, montre nettement les capillaires dilatés et sinueux du derme partout où l'épaisseur de l'épiderme muqueux le permet, ainsi que l'apparition d'une couche cornée.

La palpation, rarement douloureuse, fait sentir au doigt la dépression centrale et le relief de la plaque, ainsi qu'une consistance ferme mais souple, qui parfois sera très dure, parcheminée, la lésion reposant sur une base nettement indurée.

La vitro-pression elle aussi montre les mêmes caractères de relief et ne décolore qu'en partie la lésion, qui tranche ainsi sur la muqueuse saine.

La recherche de la sensibilité ne donne aucune modification de celle-ci.

Le liséré corné ne se laisse pas dilacérer par l'aiguille à scarification, il est très adhérent, et, si on réussit à l'enlever, la muqueuse saigne. Sa face profonde est tourmentée, mais on ne trouve pas de prolongements comme dans les squames des lésions cutanées.

Par place, on pourra voir des cicatrices unies ou étoilées, sans aucune autre manifestation, reliquat de lésions ayant guéri spontanément.

Toute la muqueuse buccale peut être atteinte dans son ensemble, ou bien dans ses différentes parties.

Si elle est touchée dans sa totalité, elle a l'aspect de la bordure érythémateuse diffuse du placard typique, avec çà et là, sans aucun ordre, des zones cicatricielles en semis, en raies ou en nappes; des zones d'hyperkératose de disposition aussi polymorphe, mais toujours peu intense, donnant l'impression de lésions en surface, et l'infiltration est légère. Cette forme coexiste toujours avec un lupus érythémateux généralisé de la peau.

I. — Formes cliniques.

Suivant leur localisation, les lésions érythémato-lupiques vont se distinguer par certaines particularités que nous allons étudier.

Toute la surface de la muqueuse buccale n'est pas atteinte avec la même fréquence. Les lèvres, et la lèvre inférieure

en particulier, sont le siège le plus courant; puis viennent la face interne des joues, la muqueuse de la voûte palatine, enfin plus rarement la langue et les gencives. Voyons ces différents aspects.

1° *Lupus érythémateux de la face muqueuse des lèvres.*

Nous n'avons relevé que des lésions de lupus érythémateux fixe.

Elles sont très importantes, car la dégénérescence maligne en assombrit le pronostic. Tantôt on trouvera des lésions en surface et discrètes, tantôt des lésions profondes d'aspect différent. L.-M. Pautrier en fait des atteintes d'âge différent :

— une forme superficielle : la lèvre a l'air enduite d'une pellicule de collodion desséché. La dermo-muqueuse est terne, d'aspect sec, rose grisâtre, parfois pointillée de blanc, a perdu sa souplesse, et donne une impression légèrement papyracée. Le lupus serait encore pour cet auteur tout en surface;

— à un stade plus avancé : une ou plusieurs plaques allongées transversalement, légèrement déprimées; la muqueuse du fond est atrophique, rouge foncé ou violacée, présentant des points ou des stries blanchâtres; le bord est formé par un liséré nacré, frangé, parfois à pic vers le centre et en pente douce vers la périphérie. En bordure, on peut trouver de nombreux petits vaisseaux dilatés.

Si la lésion est encore plus évoluée ou de forme aiguë, alors la lèvre est œdématiée, infiltrée, rouge. Elle est recouverte de squames adhérentes, dont l'éviction entraîne un saignottement. Quelquefois, il y a des érosions et des exulcérations spontanées.

Il faut retenir que cette localisation du lupus érythémateux à la lèvre s'accompagne de crevasses qui saignent facilement, probablement à cause des mouvements continuels des lèvres, qui se plissent et se distendent à l'action. Tous les auteurs insistent aussi sur l'importance de l'infiltration cel-

lulaire et sur l'adhérence des squames quand elles sont bien formées.

2° *Lupus érythémateux de la face muqueuse des joues.*

Le lupus érythémateux fixe atteindra la muqueuse jugale, mais elle sera touchée plus habituellement au cours de poussées de lupus exanthématique généralisé.

Les lésions peuvent revêtir deux aspects différents :

— ou bien un semis de petites saillies blanches, porcelaniques, sur un fond violacé;

— ou bien des plaques pouvant occuper une grande surface, comme dans la première observation citée, allant de la commissure labiale à la branche montante du maxillaire inférieur. Dans ce cas, la plaque est nettement délimitée par un liséré blanchâtre continu, et, plus en dehors, par une mince bande rouge; en dedans de ce liséré, la muqueuse est blanc bleuâtre, plus ou moins opaque. La partie malade de la muqueuse n'est pas toujours infiltrée, elle peut être souple. Les signes subjectifs sont variables selon les sujets; dans l'observation n° V, les sensations de brûlures s'atténuaient quand le malade s'abstenait de prendre des mets irritants, et les lésions elles-mêmes étaient alors en nette régression.

Le lupus érythémateux de la face muqueuse des joues occupe de préférence la partie en regard du plan d'occlusion des arcades dentaires.

Retenons donc ces deux formes : plaque caractéristique bien limitée ou petites ponctuations sur fond violacé, ainsi que les douleurs fréquentes.

3° *Lupus érythémateux de la muqueuse palatine.*

Les cas rapportés sont rares et concernent presque tous des atteintes au cours de poussées de lupus érythémateux généralisé, sauf le cas que Neumann a vu dans le service

de Hébra, mais cette jeune fille présentait tout de même de nombreuses lésions.

La plaque de lupus érythémateux est bien typique, avec son centre cicatriciel, ses îlots d'hyperkératose et sa zone d'extension. Elle a une forme arrondie ou en haricot; elle siège sur le palais osseux de préférence au palais mou; elle est de la taille d'une pièce de 1 franc. Il peut y avoir plusieurs plaques, comme dans l'observation de Vidal.

Il faut noter une grande tendance à l'ulcération, c'est sa seule particularité.

4° *Lupus érythémateux de la langue.*

Toutes les observations se rapportent à des formes fixes de lupus érythémateux.

On ne voit pas les différentes zones comme sur la muqueuse des joues. La lésion se présente sous la forme d'une plaque dépapillée, violacée, recouverte d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre. Le bord de cette zone est limité par un fin liséré blanchâtre bien net, mais on ne voit pas de bordure congestive.

Il n'y a pas d'infiltration importante, la langue reste souple, ses mouvements ne sont pas gênés, la lésion ne repose pas sur une base indurée.

Le lupus érythémateux se voit sur toute la surface de la langue, mais surtout sur sa face dorsale et sur ses bords.

Tous les auteurs s'accordent sur la difficulté de son diagnostic, sans contexte clinique, et on peut même dire qu'il est impossible en l'absence de lésions caractéristiques des muqueuses ou de la peau.

5° *Lupus érythémateux des gencives.*

Nous n'avons pas vu de lésion isolée des gencives, mais nous avons trouvé un cas de plaque érythémato-lupique de la muqueuse des joues se continuant dans le vestibule et remontant sur la gencive : c'est l'observation n° III de Hassler.

Une lésion érythémato-lupique des gencives a peu de chances d'être diagnostiquée, car cette gingivite ressemblera à beaucoup d'autres, mais il faudra y penser en face d'une gingivite rebelle aux traitements classiques qui auront découlé d'un diagnostic erroné, surtout si nous pouvons découvrir une atteinte du tégument cutané.

Par cette étude clinique, nous voyons que le lupus érythémateux présente dans sa localisation à la muqueuse buccale quelques particularités :

L'épaississement par place de la muqueuse voilant le fond érythémateux du derme;

l'apparition de couche cornée insolite au niveau d'une muqueuse, dont la discrétion, l'humidité du milieu et le frottement perpétuel ne permettent pas le plus souvent la constitution de plaques très dures et très épaisses;

l'absence de follicules pilo-sébacés, la réduction des papilles, ne permettent pas la formation de prolongements cornés à la surface profonde des squames;

la septicité du milieu, le manque fréquent d'hygiène bucco-dentaire, expliquent la tendance à l'exulcération, à la formation d'enduit pultacé, et les adénopathies sous-maxillaires;

le contact irritant des mets et des boissons, les mouvements perpétuels, entraînent souvent des douleurs provoquées, celui d'une salive acide et l'infection secondaire des douleurs spontanées.

II. — Lupus érythémateux cutané.

Etant donné l'importance capitale de la coexistence des lésions cutanées, nous ne terminerons pas cette étude clinique sans donner un aperçu succinct du lupus érythémateux de la peau, qui nous permettra aussi de mettre en relief les particularités de sa localisation à la muqueuse buccale.

Bien entendu, les mêmes phénomènes vasculo-conjonctifs, hyperkératosiques et cicatriciels vont se retrouver ici.

Les modifications vasculo-conjonctives les plus importantes et les plus constantes vont donner un érythème uniforme rouge rose ou livide, ou bien parcouru de télangiectiasies. Celui-ci disparaît en partie à la vitro-pression. La lésion est surélevée, et la palpation montre qu'elle est indurée, traduisant une infiltration dermique.

L'hyperkératose, soit sous forme de petites ponctuations blanchâtres; soit sous forme de squames épaisses, dures, sèches, adhérentes, ou molles, grasses, s'enlevant facilement, est formée par des assises de cellules épidermiques et peut être très intense. Si on arrache ces squames, on voit à leur surface profonde des prolongements cornés en « clous de tapissier ».

Une tendance à la cicatrisation par atrophie, le plus souvent en îlots, en réseau ou en nappes, reste une caractéristique de la lésion érythémato-lupique. Si l'infiltration a été importante, cette cicatrice sera déprimée, mais jamais bridée.

L'érythème est un phénomène constant, et, suivant l'importance des deux autres, nous aurons deux formes différentes de dermatose : le lupus érythémateux fixe et le lupus érythémateux symétrique centrifuge. Des signes généraux et une grande dissémination nous en donneront une troisième, le lupus exanthématique généralisé, décrit par Kaposi.

Le *lupus érythémateux fixe* est caractérisé par l'intensité des lésions épithéliales et conjonctivo-vasculaires, par la longue fixité de sa localisation, par l'importance et la profondeur de son atteinte, sa lente évolution et l'aboutissement à des cicatrices parfois mutilantes et toujours indélébiles. La lésion typique est une plaque rouge, avec un quadrillage rouge plus vif, et parsemée de points blanchâtres. On reconnaît au centre une zone atrophique, cicatricielle, en général déprimée, et, à la périphérie, la zone d'extension recouverte de squames grasses ou au contraire très dures, ayant toutes les deux à leur face profonde des prolongements

en « clous de tapissier ». Cette forme repose sur une base indurée, parcheminée. On ne voit jamais de restitution *ad integrum*, mais au contraire, si la lésion guérit, une cicatrice indélébile, parfois très mutilante.

Cette forme se rencontrera au niveau de la muqueuse buccale.

Erythème symétrique centrifuge sera disposé souvent, comme son nom l'indique, d'une façon symétrique; il est superficiel, l'érythème et l'œdème prédominent sur les lésions épithéliales. Il y a de l'infiltration, la possibilité de régression et de récidive, et parfois, mais rarement, une guérison sans cicatrice ni atrophie. Le début se fait par des petites taches congestives parsemées, rouges, roses ou rouge livide, s'effaçant à la vitro-pression. Elles vont confluer et se réunir, se recouvrant souvent de squames grasses et présentant sur toute leur étendue ou autour des squames, quand elles existent, un quadrillage rouge plus vif, avec un petit piqueté jaunâtre. Ces squames présentent encore à leur face profonde les petits prolongements que nous avons déjà vus. La plaque érythémateuse est saillante, et est tout entière en activité.

L'affection évolue par poussées. La guérison spontanée pourra se faire sans cicatrice, mais la plupart du temps elle existera et sera superficielle, blanchâtre, un peu déprimée, chagrinée ou lisse.

Cette variété ne donne que de très rares lésions de la muqueuse buccale, tout au plus localisées à la dermo-muqueuse des lèvres.

Lupus exanthématique généralisé : La forme aiguë décrite par Kaposi, se rencontrant presque toujours chez des femmes ou surtout des jeunes filles, succède à une des deux formes précédentes ou bien évolue d'emblée. La diffusion des lésions est remarquable, et le visage, le plus souvent pris le premier, est rouge dans son ensemble, un peu livide, tuméfié; les squames sont minces et peu adhérentes. Ces poussées œdé-

mateuses du visage s'atténuent, puis se reproduisent. Les phénomènes généraux sont importants : température à 39°, 40°, courbatures, frissons, douleurs musculaires et articulaires. L'éruption envahit presque tout le corps. Les ganglions lymphatiques sont en général hypertrophiés. Il y a des complications viscérales et on a même noté de véritables états septicémiques. Il peut y avoir régression des lésions, mais cette accalmie sera suivie de nouvelles reprises, et, dans deux tiers des cas, le malade succombera.

Au cours de cette forme, nous aurons presque toujours des lésions diffuses de la muqueuse buccale.

La forme subaiguë est caractérisée par la rapidité de la dissémination des lésions en l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures. Elles sont du type précédent, mais ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Elles surviennent d'emblée ou succèdent plutôt aux formes congestives, superficielles, du lupus érythémateux. On peut voir les mêmes complications que dans la forme aiguë; mais, en général, le pronostic est plus bénin, l'évolution pouvant se faire vers la guérison ou vers l'établissement l'un lupus érythémateux fixe. Nous pouvons voir, au cours de cette forme, des lésions de la muqueuse buccale.

Il est bien évident que, pour un malade atteint de lupus érythémateux généralisé, le diagnostic des lésions buccales, quand elles existent, sera plus aisé que si les localisations cutanées sont discrètes et ignorées du patient.

III. — Formes associées.

Signalons l'association des différentes formes de lupus érythémateux, qui n'a pas pour nous une très grande importance, car elles peuvent donner des lésions buccales semblables.

Les associations morbides du lupus érythémateux de la muqueuse buccale sont nombreuses. Nous retiendrons celles qui nous aident au diagnostic, et celles qui peuvent, au contraire, nous induire en erreur et nous laisser ignorer le nom véritable de l'affection que nous voyons.

Sans vouloir parler ici de l'étiologie de cette maladie, nous insistons tout de même sur la coexistence possible des tuberculides et de toutes les formes de tuberculose cutanée. En effet, un terrain tuberculeux sera en faveur de la nature lupo-érythémateuse des lésions buccales ressemblant à un lupus érythémateux. L'érythème induré de Bazin, les tuberculides papulo-nécrotiques, le lichen scrofulosorum, et même le lupus vulgaire, contribueront à aiguiller le diagnostic. Bien entendu, toute lésion cutanée de lupus érythémateux sera très précieuse, et même souvent indispensable, pour soupçonner la nature de la lésion buccale. Le psoriasis, pour lequel certains penchent en faveur de la nature tuberculeuse, a été signalé, coexistant avec le lupus érythémateux de la muqueuse buccale. L'observation de Le Coulant (obs. V) concerne un malade atteint d'un lupus érythémateux de la langue, de la lèvre inférieure, et aussi de psoriasis.

Le second groupe de lésions coexistantes sera une gêne dans la détermination du diagnostic.

La muqueuse buccale est fréquemment le siège d'ulcérations ou de simples érythèmes mécaniques. Il nous faudra les différencier des lésions érythémato-lupiques. Nous rechercherons la cause d'irritation, prothèse fixe ou amovible, carie dentaire, débris coronaires, dont la suppression entraînera la disparition des phénomènes inflammatoires. Les gingivites de tous ordres, coexistant avec un lupus érythémateux, ne sont pas rares, la gingivite bismuthique en particulier, due au traitement qu'on peut pratiquer, et la gingivite à fuso-spirilles.

La syphilis a été souvent signalée, et elle pourra nous faire méconnaître des lésions érythémato-lupiques, car ses manifestations sont très difficilement différenciables de celles-ci.

Sans vouloir tout rapporter à la notion de cicatrice antérieure de lupus érythémateux des lèvres à l'origine des épithéliomas de cette région, il paraît utile de rechercher cependant, lors de l'examen de ces sujets, l'existence possible de cicatrice lupique ou même de manifestations en activité.

COMPLICATIONS

Les complications possibles de cette affection sont :

— les poussées fluxionnaires avec ou sans température;
— la généralisation de lupus érythémateux;
— les adénopathies;
— et l'épithélioma qui en est la plus grave.

Les poussées fluxionnaires érysipélatoïdes survenant chez un malade porteur de lupus érythémateux s'accompagnent de température avec abattement, et les lésions deviennent plus importantes. Ces poussées coïncident avec une reprise d'activité du lupus et son extension. Elles peuvent céder, mais les récidives sont fréquentes. On a même vu un véritable état septicémique, et une maladie intercurrente, en général pneumonie, emporter le malade. Nous verrons au chapitre de l'évolution ce que nous pensons de ces pneumonies signalées par les anciens auteurs.

Ces poussées peuvent ne s'accompagner d'aucun phénomène d'ordre général, évoluant torpidement. On assiste alors seulement à l'extension des lésions et à leur amplification.

Les différents auteurs sont enclins à les considérer comme coïncidant avec des décharges toxiniennes du lupus érythémateux.

Toutes les formes de lupus érythémateux sont susceptibles de se transformer en lupus exanthématique généralisé. Cette transformation se voit surtout chez les jeunes filles. Les lésions buccales deviennent très importantes, envahissant la presque totalité de la muqueuse.

Les adénopathies ne sont pas rares et sont bien connues,

car recherchées avec soin, ne serait-ce que comme argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse. Les ganglions atteints sont ceux de la région sous-maxillaire et de la chaîne carotidienne. La plupart du temps, ces ganglions sont gros, fermes, mobiles sur les plans profonds, pas douloureux, et ne suppurent pas. Les plaques érythémateuses baignant dans un milieu septique : la salive, l'inflammation des ganglions ne nous étonne pas, surtout quand les lésions sont exulcérées.

On a fréquemment rapporté les observations d'adénopathies suppurées et dont l'inoculation du pus était positive. Cette tuberculose ganglionnaire était une coïncidence, car, comme le fait remarquer Pautrier, les lésions n'étant pas inoculables, comment concevoir que les ganglions le soient ? En effet, la tuberculose ganglionnaire est une tuberculose microbienne, avec présence de bacilles de Koch et inoculable, alors que le lupus érythémateux est une manifestation allergique ou toxinienne, sans bacilles de Koch et non inoculable.

La complication la plus sérieuse du lupus érythémateux, observée sur la muqueuse de la lèvre, est l'épithélioma. Celui-ci, spino-cellulaire, se développe probablement sur la cicatrice du lupus. Channarond a consacré sa thèse à l'*Epithélioma de la lèvre, complication du lupus érythémateux.* Il rapporte deux observations de la Clinique de dermatologie de Bordeaux, d'épithélioma sur lupus érythémateux, vierges de tout traitement irritant et en particulier radiothérapique. La littérature médicale est assez riche en observations de ce genre, et on peut considérer cette complication comme relativement fréquente. Nous avons vu dans l'historique que la première observation était de Kreibich, et que l'Ecole bordelaise de dermatologie s'attache particulièrement à son étude.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Les lésions érythémato-lupiques sont désespérantes par la lenteur de leur évolution, qui peut se prolonger sur plusieurs années, et même plusieurs dizaines d'années. Cette longue évolution ne met pas le malade à l'abri d'accidents aigus; en effet, à n'importe quel moment de la maladie, on a observé des généralisations dont la gravité est sérieuse par les phénomènes généraux qu'elles entraînent et par la grande fréquence des accidents pulmonaires.

Les lésions évoluent d'une façon capricieuse, et, au moment où l'on est en droit de voir survenir la guérison, une récidive apparaît. Les différents traitements ne sont pas toujours actifs et désespèrent les malades.

La guérison laisse toujours une cicatrice indélébile : on peut voir une langue lisse, sans papilles, et aussi, ce qui est plus disgracieux, une plage cicatricielle sur la lèvre. Mais, au point de vue fonctionnel, ces séquelles ne sont pas gênantes, car elles ne brident jamais.

Comme nous l'avons vu à l'étude clinique, l'infection secondaire n'est pas rare pour les atteintes de la muqueuse buccale, avec adénopathies plus ou moins importantes. Le malade pourra éprouver de la douleur à la mastication, aux mouvements des joues et des lèvres, et au contact des aliments irritants ou chauds.

Le perpétuel mouvement des lèvres entraînera souvent la fissuration des lésions siégeant sur celles-ci, et on n'oubliera pas, pour le pronostic, la dégénérescence maligne possible, redoutable complication locale.

Il est aussi une complication générale, rare heureusement,

dont il faudra tenir compte, c'est la flambée tuberculeuse, méningite ou granulie. Les anciens auteurs insistaient sur la fin des malades, surtout au cours de lupus érythémateux généralisé, emportés par une pneumonie. Nous pensons qu'il s'agissait de granulie, car les autopsies pratiquées depuis l'ont souvent confirmé. C'est un argument qui est repris en faveur de l'étiologie tuberculeuse de cette affection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale est caractérisé par :

— une kératinisation parfois intense de la muqueuse;
— un mélange d'hyperkératose et d'atrophie du corps de Malpighi;
— une infiltration dermique discrète ou intense;
— des lésions vasculaires.

Normalement, la couche superficielle de la muqueuse est formée par plusieurs assises de cellules aplaties solidement unies entre elles par la persistance de filament unitifs, sans kératohyaline ni éléidine, et la desquamation se fait cellule par cellule, avec persistance des noyaux. Il n'y a ni stratum granulosum, ni stratum lucidum. Dans la lésion érythématolupique, il y a apparition d'une couche granuleuse et d'une couche cornée. Cette dernière, parfois épaisse de plusieurs millimètres, envoie des prolongements dans le corps muqueux de Malpighi, prolongements que nous avons vus à la face profonde des squames arrachées des plaques de lupus érythémateux, surtout pour les lésions cutanées (en clous de tapissier).

Le corps muqueux de Malpighi est très variable dans son épaisseur, suivant la partie de la coupe considérée. Tantôt il y a de l'hyperkératose, et cette portion envoie dans le derme un prolongement important, tantôt le corps muqueux n'est représenté que par quelques rares assises, et alors sa limite avec le derme est sensiblement droite. Souvent les filaments d'union ne se voient pas, et les contours cellulaires sont peu nets. Par endroits, le protoplasma est trouble.

Suivant les cas, nous aurons une infiltration dermique plus ou moins importante. Elle sera plus prononcée dans la partie supérieure du derme : elle est constituée par des lymphocytes et par des cellules conjonctives de même taille, à noyau plus clair. Cet infiltrat est diffus, ou en nappes. Partout où il existe, le tissu conjonctif et les fibres élastiques disparaissent.

Les lésions vasculaires, qui seraient les premières en date, sont d'abord une dilatation des capillaires, qui deviennent sinueux, puis il y a une tuméfaction de l'endothélium, et les lymphocytes forment des manchons autour des vaisseaux. Il y aurait de véritables thromboses, mais sur ce point l'accord n'est pas fait. Ce que l'on trouve, c'est parfois de petites hémorragies et de véritables néo-formations vasculaires.

En résumé, on voit que les constatations anatomo-pathologiques expliquent les aspects cliniques : les néo-formations vasculaires, les dilatations, les sinuosités et les petites hémorragies correspondent à l'érythème; l'infiltration dermique nous fait comprendre la surélévation du placard érythémateux; la variabilité de l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi se traduit en clinique par l'opacité variable de la muqueuse; l'apparition de la couche granuleuse et de la couche cornée, avec ses prolongements dans la profondeur, donne les squames adhérentes dont la face profonde montre des « clous de tapissier ».

Mais ces lésions anatomo-pathologiques ne sont pas pathognomoniques et ne suffiront pas à affirmer un diagnostic.

DIAGNOSTIC

Pour pouvoir affirmer le diagnostic de lupus érythémateux de la muqueuse buccale, il faudra rechercher des signes cliniques locaux et cutanés si possible, faire appel au laboratoire et éliminer les affections qui peuvent le simuler.

Les signes locaux sont l'érythème rouge vif ou violacé, qui ne disparaît pas complètement à la vitro-pression et dont la surface bombe au-dessus des parties voisines, la tendance à l'atrophie cicatricielle centrale déterminant une zone blanc pâle ou blanc brillant déprimée, et la formation de squames grisâtres, blanchâtres ou nacrées adhérentes dont la disposition est tellement variable que, à première vue, on peut songer à bon nombre de lésions.

Le laboratoire par l'examen histologique des pièces prélevées par la biopsie nous donnera des indications qui pourront consolider le diagnostic sans l'affirmer : Les troubles vasculo-conjonctifs, dilatations et néo-formations capillaires, petites hémorragies dermiques, infiltration cellulaire du derme, variabilité de l'épaisseur du corps muqueux de Malpighi et disparition des filaments d'union de ses cellules, l'hyperkératose avec apparition d'une couche granuleuse et cornée par endroit, et l'atrophie cicatricielle par plages. Aucune lésion spécifique, pas de follicules tuberculeux ni de cellules géantes.

Bien sûr, il faudra faire un examen général complet pour rechercher les lésions cutanées possibles dont l'existence sera très précieuse pour faire le diagnostic, de même qu'un terrain tuberculeux.

Il n'existe donc pas de lésions pathognomoniques permettant d'affirmer à première vue un lupus érythémateux

de la muqueuse buccale. Ce diagnostic clinique doit toujours s'appuyer sur des données biologiques et histologiques, mais cependant il est toujours possible de soupçonner et même d'affirmer un lupus érythémateux de cette région quand coexistent des lésions cutanées typiques.

Le polymorphisme du lupus érythémateux et la grande variété des atteintes de la muqueuse buccale seront pour nous de multiples causes d'embarras et d'erreur. La coloration blanchâtre de cette muqueuse est fréquente, et nous devons nous y arrêter pour savoir s'il s'agit d'une production de la lésion comme dans le lupus érythémateux, ou bien d'un enduit pultacé surajouté, comme cela est banal pour les lésions de la bouche.

Nous allons voir les différentes affections qui, dans leurs localisations à cette muqueuse, peuvent simuler un lupus érythémateux. Parmi celles-ci, il en est que nous citerons pour être complet, mais qu'un examen attentif permet d'éliminer d'emblée; telles sont :

Le *lupus vulgaire*, qui peut se présenter parfois sous forme de placards recouverts d'un dépôt grisâtres, rugueux, d'épithélium ulcéré. Cette plaque est mal limitée, n'a pas de liséré blanc opalin, elle est ulcérée profondément et suinte, se laisse dilacérer par l'aiguille à scarification; l'infiltration dermique est importante, profonde. Il débute le plus souvent dans l'enfance, il est inoculable, autant de signes qui manquent au lupus érythémateux. De plus, la cicatrice sera bridée, irrégulière et vicieuse.

Le *lupus vulgaire érythématoïde* est d'un diagnostic plus délicat, mais sa tendance à la cicatrisation est périphérique; on voit des petits nodules lupiques, et la présence de cellules géantes et de bacilles de Koch sont un précieux secours.

Les ulcérations tuberculeuses peuvent être recouvertes de mucus grisâtre; mais les bords sont irréguliers, taillés à pic, décollés, le fond est inégal et granuleux, la douleur est vive, la salivation abondante, et presque toujours le malade est aussi atteint de tuberculose pulmonaire.

La *lèpre* à son début présente des taches semblables à celles du lupus érythémateux, mais elles sont insensibles, gros signe différentiel, et le contexte clinique ne peut prêter à confusion.

L'*épithélioma* de la lèvre et de la langue a ses caractères particuliers : surface bourgeonnante, saignant facilement, douleur, grande sensibilité aux irritations, base indurée, mais, ce qui le différencie, c'est l'importance des adénopathies, le mauvais état général du malade, son évolution, et à la langue une gêne des mouvements et une infiltration considérable. Il ne faut pas oublier la greffe fréquente de l'épithélioma sur cicatrice de lupus érythémateux de la lèvre.

L'*érythème polymorphe* présente une grande ressemblance avec les lésions diffuses au cours d'un lupus érythémateux généralisé. Mais l'érythème s'accompagne d'un soulèvement de l'épithélium devenu grisâtre, qui se rompt, formant des petites ulcérations très douloureuses, qui guérissent rapidement. La durée est éphémère, il n'y a jamais d'atrophie de la muqueuse.

L'*hydroa* de la muqueuse buccale, en plages arrondies, doit sa coloration grisâtre ou opaline à un enduit diphéroïde, est fugace et s'accompagne de phénomènes généraux.

L'*herpès*, après la rupture de la vésicule, forme une petite ulcération superficielle couverte d'un exsudat pseudo-membraneux. La guérison est rapide, et cette affection atteint aussi presque toujours les lèvres.

Le *pemphigus* débute souvent par la muqueuse buccale, où la bulle ne se forme pas, étant déchirée, et est remplacée par une surface rouge suintante, qui se couvre d'un enduit pultacé. Le contexte clinique, les lésions cutanées, ne permettent pas l'erreur.

Les *éruptions médicamenteuses*, les *lésions mécaniques*, les différentes *gingivites* et *stomatites* présentent toutes un fond érythémateux plus ou moins ulcéré, sont recouvertes

presque toujours par un enduit pseudo-membraneux. Ici, la disparition de la cause irritante (suppression du traitement, soins dentaires, extractions, réfection de prothèse, traitement de la gingivite et de la stomatite) entraînera la disparition des lésions.

Par contre, le diagnostic devient beaucoup plus délicat avec les affections buccales suivantes :

Ce second groupe d'affections peut être défini par le terme général de *leucoses* et présente à première vue des lésions semblables dans bien des cas à celles du lupus érythémateux.

Le *muguet* se voit sur n'importe quelle partie de la muqueuse buccale et l'envahit souvent en entier, sous forme de taches blanches ou grisâtres, qui vont confluer. Ces formations sont facilement détachables. Le muguet ne se voit que chez des sujets dont l'état général est très déficient, principalement des nourrissons ou des vieillards. L'anatomie pathologique permet le diagnostic facilement.

La *leucoplasie buccale* siège avec prédilection sur la face muqueuse des joues à partir des commissures des lèvres et sur les bords ou la face dorsale de la langue. Il s'agit d'une hyperkératose intense, formant des plaques blanches, très dures, desquamant par lamelles en surface et adhérant fortement. Ces lésions nacrées, quand elles siègent à un endroit se plissant, vont être fissurées, ce qui ne se produit pas pour le lupus érythémateux, qui n'atteint jamais cette consistance. A la langue, qui perd sa souplesse, la surface est tourmentée, formée de papules acuminées, alors que le lupus érythémateux transforme cette surface linguale, qui devient lisse et unie, reste souple et ne gêne ni la mastication ni la parole, contrairement à la plaque leucoplasique, douloureuse à la pression.

Le *lichen plan* de la langue est constitué par des éléments formés aux dépens des papilles, qui s'aplatissent, la muqueuse voisine s'épaississant, et on a une surface lisse, unie non par la destruction des papilles, mais par nivel-

lement; comme dans la leucoplasie, la lésion est nacrée, mais ne se fissure pas; son extension se fait en plaque ou en traînées mal limitées.

Sur le reste de la muqueuse buccale, on reconnaît l'élément granuleux blanc, de la grosseur d'une tête d'épingle, dur, reposant sur une muqueuse non infiltrée; autour de ce point blanc, plus rarement grisâtre, la muqueuse est érodée ou déprimée. La disposition est fantaisiste, en piqueté, en poils de pinceau, en feuilles de fougère, en dentelle. Il n'y a pas de perte de tissu.

La *glossite exfoliatrice marginée*, comme son nom l'indique, présentera une exfoliation centrale, circinée, bordée par un liséré mat, à bords nets; cette lésion se déplace, alors que le lupus érythémateux se développe sur place ou par extension.

Certains *eczémas* chroniques de la lèvre inférieure avec desquamation lamelleuse de la dermo-muqueuse, quoique sensibles et bien moins nettement limités que le lupus érythémateux, peuvent être d'un diagnostic délicat. Il faut savoir qu'il n'y a pas de tendance à l'atrophie cicatricielle centrale, et qu'il présente des poussées œdémateuses et suintantes.

Enfin et surtout il faut éliminer la *syphilis*, qui, à toutes ses périodes, frappe la muqueuse buccale et peut simuler là un grand nombre d'affections.

L'accident primaire, quoique pouvant être recouvert d'un enduit pultacé, est suffisamment caractéristique pour être reconnu : induration, ulcération, adénopathie dure non douloureuse et évolution, suivie des accidents secondaires.

A la période secondaire, les syphilides muqueuses érosives se présentent sous l'aspect de plaques érythémateuses de coloration rouge vermillon, ou bien parfois d'une série d'éléments arrondis, d'un rouge vif à centre opalin, et séparés les uns des autres. Ces lésions sont de véritables plaques de leucoplasie, et le contexte clinique est capital. Ces formations sont très riches en tréponèmes, que l'on voit à l'examen

microscopique. Les adénopathies importantes, dures, non douloureuses, la coexistence de lésions cutanées, l'examen biologique du sang, et surtout si ce dernier était par hasard négatif, le résultat du traitement, signeront la maladie.

La plaque muqueuse et dépapillée de la langue est recouverte d'un exsudat opalin comme si la langue avait été touchée au nitrate d'argent; mais on ne trouve pas la zone centrale cicatricielle avec son liséré mince blanchâtre bien net. Il y a de l'infiltration, une adénopathie importante, non douloureuse, et là encore il faudra faire appel au contexte clinique et au laboratoire.

A la période tertiaire, les lésions de leucoplasie syphilitique présenteront la même difficulté que la leucoplasie non spécifique.

La grande ressemblance des lésions syphilitiques et érythémato-lupiques, le fait qu'un examen sérologique négatif ne permette pas d'éliminer la possibilité d'une spécificité, nous expliquent que très souvent des lupus érythémateux de la muqueuse buccale aient pu être pris pour des atteintes syphilitiques et traités comme tels.

N'oublions pas que le lupus érythémateux ne se présente pas toujours sous un aspect caractéristique, et que toutes les lésions que nous venons de voir peuvent elles aussi avoir des formes trompeuses, et, avant d'affirmer notre diagnostic, il faut nous entourer de beaucoup de précautions.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale n'est pas rare, comme on l'avait cru en dermatologie jusqu'à ces dernières années et comme le laissent supposer les traités classiques de stomatologie.

Il est plus fréquent chez la femme et la jeune fille que chez l'homme. On le rencontre surtout entre 20 et 50 ans, dans les classes défavorisées plutôt, et dans les pays froids avec une plus grande fréquence. Les troubles circulatoires seraient des facteurs prédisposants, ce qui expliquerait l'atteinte fréquente des jeunes filles, surtout dans les formes graves. Hutchinson avait le premier fait cette remarque, et elle a été reprise à nouveau par Brocq. Plus récemment, J.-J. Puente disait que le lupus érythémateux se distribuerait sur les régions où existe un retard circulatoire tenant à une dilatation et à une atonie veineuse physiologique.

Le froid aurait une action aggravante sur les lésions érythémato-lupiques, ainsi que les expositions aux rayons solaires. Les poussées de congestion coïncident en effet fréquemment avec des périodes de changement de saison.

La nature du lupus érythémateux a fait naître bien des théories, dont aucune n'a fait l'unanimité des auteurs. C'est une question générale qui sort du cadre que nous nous sommes tracé; cette étiologie est celle du lupus érythémateux en général, et nous n'en dirons que deux mots.

A l'heure actuelle, il y a deux tendances :

La première en date a été émise par Cazenave, et défendue par Besnier; c'est celle qui est généralement admise par tous les auteurs français : lupus érythémateux = lésion tuberculeuse.

C'est une tuberculose dont on ne peut pas faire la preuve, comme cela arrive pour bien des formes de cette affection. La grande fréqunce de tuberculoses viscérales, de lésions cutanées de même nature et aussi d'adénopathies dont l'inoculation est positive ne sont pas des preuves formelles, mais des arguments en faveur seulement. Beaucoup de dermatologistes se sont ralliés à cette conception française. On pense qu'il s'agit d'une forme de tuberculose toxinienne, et beaucoup de travaux sont en cours pour en faire la preuve.

A côté de cette théorie, il en est une seconde : celle de l'origine streptococcique. La plupart des auteurs étrangers, et en particulier anglo-saxons, la défendent avec énergie. Il s'agirait de la manifestation périphérique des décharges microbiennes ou toxiniennes à partir de foyers streptococciques. La présence de lésions à streptocoques, banale dans la cavité buccale, la fin de la maladie par une bronchopneumonie due au même germe, et les véritables états septicémiques que l'on peut observer au cours du lupus érythémateux, ne sont pas des arguments définitifs. Les réactions au vaccin streptococcique, qui ne sont pas d'ailleurs constantes, les quelques traitements efficaces avec ce vaccin, succès peut-être dus à un simple choc protéinique, ne solutionnent pas le problème.

Quelques auteurs ont émis l'hypothèse de la nature syphilitique de cette dermatose. Là aussi les arguments sont basés sur la coexistence de cette syphilis et ne permettent pas d'être convaincu.

La nature du lupus érythémateux a été à l'origine de bien des discussions et n'est pas encore élucidée. Nous retiendrons la probabilité de l'étiologie tuberculeuse, car cette affection se présente sous un riche polymorphisme, et les notions modernes sur l'infection toxinienne et l'existence de formes filtrantes de bacilles tuberculeux apporteront sans doute les preuves qui n'ont pas encore pu être réunies.

On admet généralement en France qu'il s'agit d'une lésion allergique ou toxinienne due à la tuberculose.

TRAITEMENT

Il faudra d'abord, c'est une précaution essentielle, mettre la bouche du patient en parfait état, ceci dans un double but : supprimer les foyers infectieux qui ont peut-être une action provocante pour le lupus érythémateux, comme le veulent les auteurs de langue anglaise, et surtout pour éviter les complications buccales des traitements généraux, tels que bismuthothérapie et aurothérapie.

Alors qu'il est possible de faire un traitement local par les substances sclérosantes telles que pommades actives à base d'ichtyol ou d'acide pyrogallique, emplâtres mercuriels, frictions au savon de potasse, pour les manifestations cutanées du lupus érythémateux, ces produits ne peuvent pas être employés pour les atteintes de la muqueuse buccale.

Seuls sont praticables les agents physiques qui agissent comme destructeurs : scarifications, ignipuncture, diathermo-coagulation, radiumthérapie, rœntgenthérapie, cryothérapie, et les agents chimiques de la méthode de Hollander (quinine *per os*, 50 cg. par jour par périodes de cinq à six jours, et badigeonnage matin et soir des foyers avec teinture d'iode) et de la méthode de Mayer par injections sclérosantes.

Les scarifications, l'ignipuncture, la diathermo-coagulation, sont brutales et incomplètes ou trop poussées; la radium-thérapie et la rœntgenthérapie sont un peu aveugles et exposent à des accidents graves dont peut-être la transformation maligne; il reste la méthode de Hollander et les deux

traitements locaux de choix : la neige carbonique et les injections sclérosantes.

Dans son livre sur la cryothérapie, L. Lortat-Jacob donne la technique de l'application de la neige carbonique dans le traitement du lupus érythémateux.

Il y a deux contre-indications : l'une temporaire, la poussée évolutive; l'autre exceptionnelle, la forme exanthématique.

Si la lésion érythémato-lupique est superficielle, comme dans l'érythème symétrique centrifuge, il faut faire un repassage, un massage avec la pointe givrée, avec une pression maxima de 1 kilogramme, sans rester plus de 5 à 6 secondes au même endroit, et en dépassant d'au moins 1 centimètre la bordure érythémato-lupique.

Dans la forme fixe, plus profondément infiltrée, la pression sera de 1 kg. 500 pendant 30 à 40 secondes. Il faudra respecter la phlyctène produite, Lortat-Jacob pense que la résorption du liquide exsudé produit une véritable vaccination locale, et a observé que les récidives sont plus rares dans tous les cas où il y a eu un maximum de suintement avec résorption sur place.

Les séances ne seront répétées qu'après complète disparition des traces de la séance précédente. Leur nombre est variable; le plus souvent, en deux ou trois séances la guérison est obtenue.

Bersihand, dans sa thèse, rapporte la technique du traitement local du lupus érythémateux par les injections sclérosantes, méthode préconisée par Mayer et reprise par Gougerot.

Il faut d'abord faire une injection de novocaïne à 2 %; puis, avec une aiguille de 4/10 en acier inoxydable, faire un capitonnage de toute la surface de la lésion, très superficiel, en dépassant de 2 millimètres la bordure, avec une solution à 5 % de quinine-urée. On fera trois ou quatre séances séparées par un intervalle de une à deux semaines.

A la troisième séance, on fera un curetage doux à la compresse ou à la curette mousse des squames.

Les résultats obtenus sont très bons, et nous devons essayer cette excellente méthode.

Quels que soient les résultats obtenus par les méthodes locales que nous devons de décrire, il faudra toujours leur associer un traitement général.

Les auteurs anglo-saxons, convaincus de son étiologie streptococcique, emploient le vaccin anti-streptococcique, qui ne donne que des résultats très inconstants, et les rares cas heureux peuvent être dus à la simple action d'un choc protéinique.

Etant donné l'étiologie tuberculeuse probable de cette affection, il faudra employer l'antigène méthylique, le vaccin de Vaudremer, et, comme dans les autres tuberculides, l'association tuberculine O. A. B. (de Poulenc) et sulfarsénol à doses progressivement croissantes.

L'aurothérapie, en prenant toutes les précautions qu'elle exige (tâter le sujet par des doses très faibles et légèrement croissantes, à raison d'une injection par semaine, pour un total variable selon la tolérance, arrêter le traitement à la moindre réaction, ne pas dépasser la dose globale de 1 à 3 grammes) est une très bonne méthode, surtout si la bismuthothérapie est inactive.

La bismuthothérapie, sans que son emploi soit en faveur d'une étiologie syphilitique, donne les meilleurs résultats et reste le premier traitement général à appliquer.

Au V[e] Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française en 1934, G. Petges s'est fait l'ardent défenseur de cette méthode, que Kani avait rapportée dans sa thèse en 1930.

On emploiera les hydroxydes de bismuth à raison de deux injections par semaine, pour une série de 10 à 15 injections, soit 1,50 g. à 2,25 g. au total. Recommencer une autre série après deux mois de repos, pendant lesquels on traitera le terrain tuberculeux, sirop iodotannique, simple ou phosphaté.

alterné avec des sels de chaux et de l'huile de foie de morue.

En conclusion, nous retenons donc : comme traitements locaux, la neige carbonique et les injections sclérosantes; comme traitements généraux, celui du terrain tuberculeux, le bismuth et les sels d'or.

Nous devons avertir nos patients de la longue durée possible de l'affection, et, en cas de guérison, de la possibilité de récidives, qui cèdent aussi en général au traitement, si la première atteinte avait été heureusement influencée.

CONCLUSIONS

I. — Le lupus érythémateux de la muqueuse buccale est une affection rare intéressant particulièrement le stomatologiste, qui, plus que tout autre, peut constater cette localisation évoquant des problèmes de diagnostic très délicats quand elle existe seule.

Il est plus facile de rapporter à sa véritable cause les lésions examinées quand coexistent des atteintes érythémato-lupiques cutanées.

II. — Du point de vue clinique, il peut inciter à faire des confusions regrettables, car ses manifestations simulent les autres leucoses : lichen plan, leucokératoses, glossite exfoliatrice marginée, plaques muqueuses de la syphilis.

Dans le doute, il est nécessaire de s'appuyer sur le contexte clinique et d'avoir recours au laboratoire (biopsies, sérologie).

III. — C'est une affection tenace à laquelle on peut opposer deux thérapeutiques : une locale, se proposant de déclencher la sclérose des lésions, processus normal de guérison spontanée (neige carbonique, diathermo-coagulation, injections sclérosantes). Elle est très souvent insuffisante, car les lésions progressent en bordure (manifestations allergiques et toxiniennes), et on doit avoir recours dans tous les cas à l'association d'une thérapeutique générale : antigène méthylique, vaccin de Vaudremer, tuberculine, mais surtout bismuth (G. Petges) et sels d'or (Lebœuf et Mollard).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :

Vu : *Le Doyen*,
R. DUPÉRIÉ.

Le Président,
P. JOULIA.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 20 novembre 1948.

Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Allen (C. W.). — Lupus erythematosus. *The Journ. of amer. med. Ass.*, 1898, p. 910.

Armuzzi. — Sul Lupus eritematoso solitario e cronico del margine libero del labbro. *Arch. ital. dermat.*, 1927, vol. 2, p. 409.

Arndt. — Primarer Lupus erythematodes des Lippenrots. *Berliner dermat. Gesel.*, mars 1904; *Dermat. Zentralbl.*, 1904, vol. 2, p. 531.

Balzer et Galup. — Lupus érythémateux primitif de la muqueuse de la lèvre inférieure. *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 4 juill. 1907.

Bazin. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1861.

Bechet. — Lupus erythematosus limited to the lower lip. *Arch. of dermat.*, 1929, t. 9, p. 141.

Bersihand (A.). — Les traitements locaux du lupus érythémateux. Thèse Bordeaux, 1948.

Beurmann (de) et Guy Laroche. — Lupus érythémateux de la face, de la main droite, et de la muqueuse buccale chez une femme de 75 ans. Discussion de la pathogénie. Coexistence d'un épithélioma superficiel. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syph.*, juin 1909, p. 225.

Biett. — Abrégé pratique des maladies de la peau. 1828, *in* Pautrier.

Bilinski. — Lupus erythematodes der Lippen. *Lemberg dermat. Gesel.*, févr. 1927.

Capelle. — Contribution à l'étude du lupus érythémateux des muqueuses. Thèse Paris, 1901.

Channarond. — L'épithélioma de la lèvre. Complication du lupus érythémateux. Thèse Bordeaux, 1947.

Civatte. — Les opinions d'aujourd'hui sur la nature du lupus érythémateux. *Ann. de derm. et syph.*, 1907, p. 263.

— Les recherches sur l'étiologie du lupus érythémateux depuis vingt ans. *Ann. de derm. et syph.*, 1926, p. 465.

Cros. — Du lupus érythémateux et de sa nature tuberculeüse. Thèse Montpellier.

Dechaume. — Précis de stomatologie, p. 641. Masson, édit., Paris, 1944.

Degos, Delort, Garnier et Alhomme. — Lupus érythémateux subaigu avec localisation à la muqueuse palatine. *Ann. de derm.*, 1946, p. 674-675.

Dubreuilh (W.). — Lupus érythémateux de la muqueuse buccale. *Ann. de derm.*, 1901, p. 231.

Dubreuilh et Petges. — De l'épithélioma consécutif au lupus érythémateux. *Ann. de derm.*, 1909, p. 106.

Duhring. — Sur le lupus érythémateux. *Philadelphia Medical Times*, 1875, p. 561.

Finnerud. — Ein Beitrag zum Lupus erythematodes der Mundschleimhaut. *Ann. de derm.*, 1927, p. 379, analysé par Audry (Ch.).

Folpmers. — Ueberdie stadien des Lupus erythematodes der Mundschleimhaut, insbesondere der Lippen. *Dermatologische Zeitschrift*, vol. 75, cah. 6, juill. 1937, p. 326. Analysé par Olga Eliascheff, in *Ann. de derm.*, 1937, p. 969.

Fox (G. H.). — Case of lupus erythematosus of the face and oral cavity. *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1898, p. 24.

Galloway. — Dermatological Societe of London, séance du 14 nov. 1900, *Ann. de derm.*, 1901, p. 482.

Gaucher. — Lupus érythémateux de la face et de la langue. *Bull de la Soc. fran. de derm. et de syph.*, 1907, p. 243.

Gerstein. — Isolierter Lupus erythematodes der Mundschleimhaut. *Essen dermat. Gessel.*, janv. 1927, *in* Pautrier, Nouvelle pratique dermatologique, t. III, p. 754.

Graham Little. — *Bull. de la royal Soc. de med.*, section de dermat., oct., 1932, p. 87.

Hallopeau et Leredde. — Traité pratique de dermatologie, p. 509. Baillière, édit., Paris, 1900.

Haslund. — Uberdas Vorkommen von Lupus erythematosus auf dem Prolabium der lippen und der Schleimhaut des Mundes. *Dermat. Zentr.*, 1916, vol. 23, p. 705.

Hassler. — Lupus érythémateux de la face avec extension aux muqueuses labiale et buccale. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1892, p. 368.

Hebra. — Cité par Neumann.

Homolle. — Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngée. Thèse Paris, 1875.

Hudelo et Rabut. — Deux cas de lupus érythémateux chez des malades hérédo-syphilitiques. Guérison par le traitement spécifique. *Bull. de la Soc. franç. de derm. et de symph.*, 1926, p. 614.

— Lupus érythémateux guéri par une médication antibacillaire. Récidive. Guérison par une médication antisyphilitique. *Ibid.*, déc. 1928, p. 914.

Joulia (P.), Le Coulant (P.), L'Epée (P.). — Epithélioma spinocellulaire (sur lupus érythémateux vierge de tout traitement). *Ann. de derm.*, août 1948, p. 371-372.

Kani. — Traitement du lupus érythémateux par les sels de bismuth. Thèse Bordeaux, 1930.

Kaposi. — Traité des maladies de la peau. Traduction française de Besnier et Doyen, 1892.

— Lupus érythémateux traité par la thiosinamine. *Ann. de derm.*, 1899, p. 728.

Kenzo Iwashita. — Lupus érythémateux de la langue et des lèvres. *Jap. Journ. of dermat.*, 1933, vol. 33, p. 57.

Kreibich. — Cité par Dubreuilh et Petges.

Kren (Otto). — Ueber lupus erythematodes des Lippenrots und der Mundschleimhaut. *Arch. f. Dermat.*, janv. 1906, p. 13.

Le Coulant (P.). — Lupus érythémateux de la langue, de la face muqueuse des joues, de la lèvre inférieure. Epithélioma précoce consécutif. Coexistence de psoriasis. *Ann. de derm.*, 1937, p. 689.

Liveing. — Diagnosis of skin diseases, *in* Capelle.

Lortat-Jacob (L.) et Solente (G.). — La cryothérapie. Masson, édit., Paris, 1930.

Malcon Moriss. — Du lupus érythémateux. II[e] Congrès intern. de derm. et de syph., *Ann. de derm.*, 1892, p. 1173.

Neumann. — Traité des maladies de la peau. Traduction française de la 4[e] éd. par les Docteurs G. et E. Darin, Delahaye, édit., Paris, 1880.

Nicolas (J.) et Gate (J.). — Tuberculose cutanée et tuberculides. Doin, édit., Paris, 1934, Lupus érythémateux, p. 222-259.

Pautrier. — Nouvelle pratique dermatologique, t. III, p. 733-824.

Pautrier et Fage. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique du lupus érythémateux des muqueuses. *Ann. dermat.*, 1909, p. 673.

Petges. — Traitement du lupus érythémateux. Lyon, Rey, édit., 1934.

Puente (J.-J.). — Topographie du Lupus érythémateux. *Revista Argentina de dermatosifilologia*, t. 20, 4[e] partie, 1936. *Ann. dermat.*, 1937, p. 827.

Radaelli. — Lupus erythematoso della mucosa delle labbra in un giovanno tuberculotico. *Bollet, Sez, Region. Soc. ital. dermat.* 1932, n° 5, p. 308, *in* Pautrier.

Radcliffe Crocker. — Diseases of the skin, 1893, p. 494.

Rayer. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau, 1827.

Renouard. — Du lupus érythémateux et de ses rapports avec la scrofule tuberculeuse. Thèse Paris, 1884.

Rousseau-Decelle et Ralson. — La pratique stomatologique, t. I, *Pathologie buccale*, p. 72-73.

Ruppe (Ch.). — Encyclopédie médico-chirurgicale, t. Stomatologie, 22062, 2*d*; 22062, 3*f*; 22042 5*c*, 6*e*.

Sainz de Aja. — El lupus eritematoso de la mucosa bucal. *Actas dermo-sifiligraficas*, févr.-mars 1914, p. 137. Analysé par Meneau dans les *Ann. dermat.*, 1916-1917, p. 151.

Sée (Marcel). — Revue générale sur le lupus érythémateux. *Gaz des hôp.*, 12 oct. 1895, p. 1163.

Semon. — Buccal lupus erythematosus. *Proceed. roy. Soc. of med.*, Sect. of dermat., 18 mai 1933.

Shoemaker. — A pratical treatise on diseases of the skin. 1888, *in* Capelle.

Smith (Th.). — Mucous membrane lesions in lupus erythematosus. *British Journ. of dermat.*, févr. 1906, p. 59. Analysé par Dubreuilh in *Ann. dermat.*, 1907, p. 296.

Thieberge. — Traité de médecine, t. 0 : Maladies vénériennes et cutanées, p. 348, 1891.

Tischenko (A.). — Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique. *Ann. dermat.*, 1932, p. 708.

Uhlmann (Erich) et Schambye (Grethe). — Lupus erythematosus und carcinum. *Arch. fur Dermat. und Syphilis*, vol. 170, cah. 4, 1934, p. 500. Analysé par Olga Eliascheff, in *Ann. dermat.*, 1934, p.

Ulmo (Mlle A.). — Epithélioma spino-cellulaire récidivant de la lèvre inférieure sur lupus érythémateux. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 1932, p. 1512.

Vidal (E.). — Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale. *Ann. dermat.*, 1889, p. 785.

Winsiffer (Heinz. — Ueber die Hanfigkeit der Schleimhaut beteiligung beim Erythematodes zur Histologie des Lippenerythematodes. *Archiv. fur Dermat. und Syphilis*, vol. 170, cah. 2, 1934, p. 263. Analysé par Olga Eliascheff, in *Ann. dermat.*, 1934, p. 1030.

Ziemsin. — Hand book of diseases of the skin. 1885, *in* Capelle.

21858. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31-0192). — 1948.